

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN - MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**Tesis para optar al título de Especialista en Dirección de Servicios
de Salud y Epidemiología**

TEMA:

“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y
Comunitario, SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”

AUTOR

Lic. Eglis Massiell Espinoza Osorio

TUTOR

Dr. Alejandro José Solís Martínez

Managua, Nicaragua Marzo 2017

DEDICATORIA

Quiero dedicarle este trabajo
A Dios que me ha dado la vida y fortaleza para terminar esta
investigación,
A mi Familia por estar ahí cuando más los necesité

AGRADECIMIENTOS

De manera especial a nuestro creador y Dios todopoderoso

A nuestro Gobierno Revolucionario Sandinista

A FETSALUD, a los Equipos de Dirección del SILAIS y municipal de
Río San Juan por su incondicional apoyo

A mis Maestros por su ayuda y constante colaboración

A mis compañeros de la Residencia por apoyarme en los momentos
más difíciles de mis estudios

APROBACIÓN DEL TUTOR

El presente estudio **“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario”**, SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015” realizado por la Lic. Eglis Massiell Espinoza Osorio. Residente de 3er año de la Especialidad en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología, cumple con los requisitos de la coherencia metodología y contenido científico que requiere este nivel de post-grado.

Los resultados del estudio están enfocado a evaluar los avances en el proceso de implementación del MOSAFC en el SILAIS en tres aspectos importantes como la Sectorización, Dispensarización y el Protagonismo Ciudadano. También recomienda un Plan de Acción con algunos lineamientos estratégicos que ayude al fortalecimiento de este Modelo de atención a corto plazo.

Por tanto, estoy completamente de acuerdo y apruebo esta investigación la cual está lista para presentarse ante el Tribunal Examinador del Ministerio de Salud de Nicaragua.

Dado en la ciudad de Managua, a los 28 días del mes de Marzo del 2017, a solicitud de la parte interesada.

Siempre Fraternal,

M.s.c, M.D Alejandro José Solís Martínez
Director General de Planificación y Desarrollo
Ministerio de Salud de Nicaragua
Tutor de Tesis

RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo con enfoque cuali - cuantitativo de corte transversal (evaluando el período del 2007 – 2015), cuya área de estudio es el SILAIS Río San Juan.

El estudio está enfocado a evaluar los avances en el proceso de implementación del MOSAFC en el SILAIS en tres aspectos importantes como la Sectorización, Dispensarización y el Protagonismo Ciudadano. También recomienda un Plan de Acción con algunos lineamientos estratégicos que ayude al fortalecimiento de este Modelo de atención a corto plazo.

Desde la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario en el 2007 hasta la fecha, en términos políticos, organizativos y técnicos ha habido avances considerables, ya que a través de él se ha garantizado el acceso gratuito a los servicios de salud a la población nicaragüense.

El SILAIS Río San Juan, tiene una población eminentemente rural 73% (93,487 habitantes), predominando el sexo masculino 51% (64,885 hombres), con una Densidad poblacional de 16.5 hab/Km², tiene 6 municipios con 25,445 familias, distribuidas en 1,196 barrios y 299 comunidades. Su índice de analfabetismo es del 3.2%, su principal actividad económica es la ganadería y la agricultura, la religión predominante es la católica seguido de la evangélica.

La falta de personal de salud en los ESAFC y del equipamiento de los mismos han dificultado la implementación del MOSAFC, existen 72 Sectores de los cuales 49 están completos para un 68% y 23 Sectores incompletos para un 32%. Se debe valor si tres recursos por ESAFC son suficiente ya que la mayoría de acciones son extramuros, el trabajo de terreno requieren medios de transporte para la movilización que se realiza a las comunidades más alejadas. La falta de condiciones básicas en la infraestructura de las Casas Bases donde funcionan los Sectores ha incidido negativamente en la calidad de la atención.

El 95% (24,137) familias han sido Dispensarizadas, de ellas el 31% (7,553) están clasificadas en el grupo dispensarial III y el 17% (4,047 familias) está en el grupo dispensarial IV. Los problemas de calidad en el llenado de la Historia de Salud Familiar requieren de mayor capacitación de los recursos humanos al menos dos veces al año y de monitoreo del llenado de la HSF.

El protagonismo ciudadano como agente de cambio social ha sido determinante en el desarrollo de la Sectorización y la Dispensarización en el SILAIS Río San Juan. En los 72 Sectores de los 6 municipios en algunas comunidades hay debilidad en la presencia activa de agentes comunitarios.

La falta de apropiación teórica, empoderamiento del Modelo e inestabilidad de los equipos de dirección municipal debido al cambio de directores por sus aspiraciones a estudiar una Especialidad provoca su retiro del Municipio repercutiendo en la implementación del MOSAFC.

Principales Recomendaciones del estudio:

Gestionar el completamiento de los ESAFC, priorizando aquellos Sectores más alejados de la ciudad, así como el equipamiento básico. Continuar formando Auxiliares del MOSAFC garantizando que sean originarias de las comunidades o Sectores de los municipios que tienen necesidad. Mejorar las condiciones en la infraestructura de las Casas Bases donde funcionan actualmente los Sectores para dar privacidad y mejor atención a la población.

Completar la Dispensarización en el 100% de las familias del SILAIS Río San Juan y realizar las visitas programadas a las familias Dispensarizadas que están clasificadas en el grupo dispensarial III y IV, como lo indica la normativa.

Completar con uno o dos personas la Red Comunitaria en el 100% de las comunidades de los Sectores donde hacen falta y así fortalecer el protagonismo ciudadano. Continuar realizando las asambleas comunitarias para dar a conocer la organización y funcionamiento del Modelo y así mejorar las medidas de promoción y prevención.

Establecer mecanismos de compromiso con los recursos humanos para garantizar su estabilidad por varios años en los cargos de dirección municipal con lo cual se fortalece el MOSAFC.

Proponer y dar seguimiento a la ejecución del Plan de Acción para fortalecer la implementación del MOSAFC en el SILAIS Río San Juan con la participación del Equipo de Dirección del SILAIS.

ACRÓNIMOS

APS: Atención Primaria en Salud

ASSB: Acuerdos Sociales de Salud y Bienestar

COL-VOL: Colaboradores Voluntarios

CMP-MINSA: Clínica Médica Previsional del MINSA

CURIM: Comités de Uso Racional de Insumos Médicos

ESAFC: Equipo de Salud Familiar y Comunitario

GATMI: Guía de Acompañamiento Técnico y Monitoreo Integral. Instrumento para monitoreo y evaluación

GFCV: Gabinetes de Familia Comunidad y Vida

GISI: Grupos Integrales de Salud Intercultural

GPC: Gabinetes del Poder Ciudadano

GRUN: Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional

HSFC: Historia de Salud familiar y Comunitaria

INSS: Instituto Nicaragüense de Seguridad Social

JAR: Jornadas de Análisis y Reflexión

JNAPS: Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social

JLAS: Junta Local de Asistencia y Previsión Social

MAIS: Modelo de Atención Integral de Salud

MASIRAAN: Modelo de Atención de Salud Intercultural Región Autónoma Atlántico Norte

MASIRAAS: Modelo de Atención de Salud Intercultural Región Autónoma Atlántico Sur

MINSA: Ministerio de Salud

MOSAFC: Modelo de Salud Familiar y Comunitario

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PNI: Programa Nacional de Inmunizaciones

POA: Plan Operativo Anual

RPS: Revolución Popular Sandinista

RACCN: Región Autónoma Costa Caribe Norte

RACCS: Región Autónoma Costa Caribe Sur

RIS: Redes Integradas de Salud

RH: Recursos Humanos

SILAIS: Sistemas Locales de Atención Integral de Salud

SIS: Sistema de información en Salud

SNUS: Sistema Nacional Único de Salud

INDICE

Contenido

I. NTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	4
III. JUSTIFICACIÓN	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
V. OBJETIVOS	8
VI. MARCO TEÓRICO	9
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	23
VIII. RESULTADOS DEL ESTUDIO	27
IX. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	52
X. CONCLUSIONES	54
XI. RECOMENDACIONES	56
XII. BIBLIOGRAFÍA	57
ANEXOS	58

I. INTRODUCCIÓN

Después de 16 años de Gobiernos Neoliberales, a partir del 10 de Enero de 2007, el Pueblo de Nicaragua se encuentra nuevamente en Revolución, con el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional presidido por el Comandante Daniel Ortega Saavedra y la Compañera Rosario Murillo, gozando de la oportunidad histórica de hacer efectiva su restitución del Derecho a la Salud. En esta segunda etapa de la Revolución Popular Sandinista (RPS) en tiempos de paz y esperanza se continuarán las transformaciones socio-económicas como la salud, educación, cultura, deportes y producción; pilares fundamentales para el desarrollo sostenible del país y el bienestar de las familias nicaragüenses.

A nivel de la atención de la salud desde el año 2002 con la aprobación de la Ley No. 423 Ley General de Salud en el Ministerio de Salud se impulsó el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) caracterizado por su enfoque vertical, medicalizado, biologista, segmentado donde la prioridad era reforzar la atención del binomio madre-niño, con un paquete de prestaciones de servicios de salud, y con el consecuente cobro por los servicios brindados, lo cual respondía a las leyes del mercado y el capitalismo e interés de los Bancos que financiaban parte del presupuesto del MINSA. (República de Nicaragua, 2002)

Por otro lado, este modelo de atención se implementó parcialmente como proyecto en algunas regiones o SILAIS del país sin obtener el impacto deseado. Otras características de este modelo de atención clasista y neoliberal fue la falta de insumos médicos y el consecuente desabastecimiento de los mismos en las unidades de salud públicas, para favorecer la proliferación de las farmacias privadas frente o dentro de los hospitales, la falta de formación y capacitación de los recursos humanos, deterioro de la infraestructura y transporte sanitario, entre otros.

Con el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN) presidido por el comandante presidente Daniel Ortega Saavedra y la compañera Rosario Murillo Zambrana se da una profunda transformación en el Sistema Nacional de Salud, en el campo jurídico se promulgaron Resoluciones Ministeriales con orientaciones político-técnicas que enfatizaban en tres aspectos fundamentales en beneficio de la población nicaragüense:

- 1.- Gratuidad de los servicios de salud públicos. (MINSA, Resolución Ministerial 07-2007, 2007)
- 2.- Desaparecer los servicios diferenciados o privados (pensionados) en hospitales, centros de salud y puestos de salud del Ministerio de Salud. (MINSA, Resolución Ministerial 07-2007, 2007)
- 3.- Prescripción de medicamentos con nombre genéricos que están en la lista básica. (MINSA, Resolución Ministerial 07-2007, 2007)

Paralelo a estas disposiciones legales se destaca la instauración e implementación del nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) con sus tres componentes: provisión, gestión y financiamiento, cuya finalidad es organizar los servicios de salud en función de acercar y brindar atención de calidad y trato humanizado para dar respuesta efectiva a las necesidades y problemas de salud de las familias nicaragüenses. (MINSA. Modelo de Salud Familiar y Comunitario, 2008)

Particularmente a inicios del 2007 otro aspecto central que la Revolución Sandinista restituyó en el campo Social y dentro de este, en el Sistema Nacional de Salud, fue la participación y movilización ciudadana que evolucionó rápida y superlativamente al Protagonismo Ciudadano como expresión concreta de la democracia real y efectiva del Pueblo Presidente. Asimismo, en el Sector Salud ha sido relevante la profundización del trabajo comunitario que en conjunto con los trabajadores de la salud se realiza localmente con la red comunitaria para desarrollar las acciones de promoción, prevención y educación para la salud que inciden en la salud y bienestar de las familias nicaragüenses.

“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario,
SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”

El presente estudio tiene como finalidad evaluar colectivamente y en el terreno la implementación del MOSAFC en el SILAIS Río San Juan, durante el período 2007 al 2015, identificando en este proceso las diversas limitaciones político-técnico y operativas que se han enfrentado en en la Sectorización, Dispensarización de las familias y el Protagonismo Ciudadano en las acciones de salud.

II. ANTECEDENTES

Sobre el proceso de Sectorización en el año 2000 con el proyecto ejecutado en el MINSA, NIC/B7-310/IB/96/88 “Fortalecimiento del Sistema de Salud en Nicaragua”, financiado por la Unión Europea, difundido en una Publicación Serie No.2 Metodología para elaborar un Plan de Cobertura donde se explica cómo ha sido elaborado de manera participativa el Plan de Cobertura en los municipios de Matiguás, Jinotega, Siuna y San Carlos, ejercicio muy similar al actual proceso de Sectorización del MOSAFC.

En Nicaragua han transcurrido 9 años de la implementación del MOSAFC (2007 a 2015), y luego de consultar en las bibliotecas del MINSA, UNAN-Managua y CIES-UNAN Managua se confirmó que no existen a nivel nacional estudios similares relacionados con la evaluación de la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario que incluya la sistematización del mismo.

A nivel departamental en el 2011, en el SILAIS León se publicó la Tesis denominada Avance en la implementación del Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria en las Unidades de Salud del casco urbano del municipio de León, 2010; elaborada por la Dra. Alba Luz Ruiz Reyes y el Dr. Pedro Pablo Pichardo H. para optar al Título de Master en Salud Pública. Las principales Conclusiones de la investigación fueron las siguientes: (Ruíz A, 2011)

1) La falta de cambios en los procesos de planificación y de gestión a nivel de los equipos de trabajo, está dificultando el desarrollo del modelo y da la apariencia de estar detenido. Sin embargo, los trabajadores encuestados tienen una adecuada comprensión de la importancia de los cambios que implica el nuevo modelo, aunque existe una percepción de que la comunidad no aporta lo que debe al modelo.

2) Las dificultades en cuanto a la aceptación del proceso de trabajo se da en la disponibilidad de recursos y la forma como se organizó el trabajo de dispensarización, aunque hay aceptación con los resultados de este trabajo. En la actualidad en el MINSA Nacional lo único que existe son documentos que describen

“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario,
SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”

los resultados de los procesos de monitoreo y seguimiento que se han realizado desde el nivel central a través de la Dirección General de Servicios de Salud o por algunos SILAIS, pero que no han sido divulgados oficialmente.

En el caso particular del SILAIS Río San Juan se tiene documentado este proceso, sin embargo, nunca ha sido publicado.

III. JUSTIFICACIÓN

Los establecimientos de salud públicos en el país históricamente se han enfocado en la atención curativa con tendencia a la especialización Médica. El MINSA en 1995 inició la implantación de un modelo de “atención integral” que destacó las acciones para el binomio madre-niño incidiendo en la morbi-mortalidad de este grupo poblacional, generando desarticulación de los servicios de salud, y por lo tanto descuido a los otros segmentos poblacionales.

En aquellos SILAIS alejados de la capital y desde el punto de vista geográfico, un factor crítico que ha interferido en el acceso y cobertura de las familias a los establecimientos de salud es la dispersión poblacional sobre todo en el área rural, esto se complicaba aún más por que originalmente los ESAFC se concentraban en las unidades de salud, y debido a que las familias empobrecidas tienen barreras económicas que dificultan su acceso a las unidades de salud.

Esta situación requiere de cambios innovadores para mejorar el acceso y cobertura universal que contribuya a acercar los servicios de salud a las familias nicaragüenses e incidir en la disminución del gasto de bolsillo, y aprovechar la organización del Sector MOSAFC.

El presente trabajo de investigación presenta los resultados de la evolución que ha tenido la implementación del nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario en los seis municipios del departamento de Río San Juan, con las consecuentes recomendaciones que permitan continuar avanzando la restitución de la salud a través del MOSAFC.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que existía en el país antes del triunfo Sandinista en Noviembre del 2006, era excluyente porque enfatizaba solamente en el binomio madre-hijo, con enfoque biologista, medicalizado, curativo-asistencialista, no integral, organizado en programas verticales e implementado con una lógica de mercado y como proyecto en algunos SILAIS del país, lo que afectó negativamente el estado de salud y bienestar de las familias nicaragüenses.

En la segunda etapa de la Revolución Sandinista a partir del 2007, el nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario expresión real del cambio estructural en la transformación social del Sistema Nacional de Salud y particularmente en el SILAIS Río San Juan, ha experimentado limitaciones en su implementación operativa, debido a diversos factores, entre ellos a la falta de apropiación del Modelo por el personal de salud, concentración de la atención en los Centros y puestos de salud, déficit de recursos humanos y carencia de condiciones logísticas a nivel de los Sectores para garantizar una atención de calidad y humanizada.

Se profundizo el análisis sobre las causas que han incidido en la implementación del MOSAFC en este SILAIS se han planteado la siguiente pregunta de investigación:

¿Como ha sido el avance en la implementación del MOSAFC en el SILAIS Río San Juan, durante el período 2007 a 2015?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar el avance en la implementación del MOSAFC en el SILAIS Río San Juan, durante el período 2007 a 2015.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas del SILAIS Río San Juan.
2. Identificar los principales aspectos organizativos y de recursos para la implementación operativa de la Sectorización del MOSAFC.
3. Conocer los principales aspectos organizativos para la implementación operativa de la Dispensarización del MOSAFC.
4. Determinar el nivel de organización de la red comunitaria y del protagonismo ciudadano en los Sectores del MOSAFC.
5. Valorar el papel de los equipos de dirección departamental y municipal que han tenido en el proceso de implementación del MOSAFC.

VI. MARCO TEÓRICO

El Marco Conceptual del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) surgió en los gobiernos neoliberales, basado en la estrategia de atención primaria en salud, entendida como “la asistencia sanitaria esencial respaldada con métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar en todas las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.” (OMS, 1998)

Contrario al anterior modelo de salud neoliberal, con la implementación operativa nacional del MOSAFC desde Abril de 2007 aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 391-2010, y sustentado en la Atención Primaria en Salud Renovada, que en la Nicaragua revolucionaria tiene un enfoque de Derechos Humanos, de los Determinantes y la Determinación y Social de la Salud, impregna de manera general el Sector Social y de forma particular el Campo de la Salud, orientando la organización de los servicios y establecimientos de salud en redes articuladas para brindar cuidados y atención de salud de manera integral.

Según la Constitución Política de Nicaragua en el Artículo 59 se establece que “los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud”. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. (Nicaragua. Constitución Política de la Republica, 2007)

Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen. Otra responsabilidad es que el “Estado procura establecer programas en beneficio de los discapacitados para su rehabilitación física, psicosocial y profesional y para su ubicación laboral.” (Nicaragua. Constitución Política de la Republica, 2007)

Estos artículos han sido complementados en la Ley General de Salud, Ley No. 423, en la que se establece como objeto de la misma en el artículo 1: “tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales. (República de Nicaragua, 2002)

Asimismo, la citada ley en su artículo 5, marca los principios básicos, siendo éstos: “gratuidad, universalidad, solidaridad, integralidad, participación social, eficiencia, calidad, equidad, sostenibilidad y responsabilidad de los ciudadanos”. (República de Nicaragua, 2002)

El Sistema Nacional de Salud en Nicaragua en los cambios políticos y de gobiernos, siempre ha estado basado en la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS), estrategia que también se ha retomado en el nuevo Modelo de Atención de Salud Familiar y Comunitario, en el que se establecen los principios que orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la anticipación al daño hasta la rehabilitación, haciéndolo cada vez más inclusivo de otras necesidades de salud en el entorno de la familia y la comunidad.

El MOSAFC establece que la atención de salud debe ser un proceso integral y continuo que centre su atención en las familias y la comunidad, priorizando las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas en sus comunidades, entregándoles herramientas para su autocuidado.

Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables; en fomentar la acción intersectorial, complementariedad y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud en las que habitan.

Antes del Triunfo de la Revolución Popular Sandinista en 1979, el Ministerio de Salubridad, tenía la responsabilidad de los aspectos de salud pública e higiene. El INSS brindaba atención tanto ambulatoria como hospitalaria para los trabajadores afiliados al mismo y para sus beneficiarios.

La Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social (JNAPS), coordinaba la atención a nivel nacional, aunque la medicina privada continuó con su práctica liberal.

La Junta Local de Asistencia y Previsión Social (JLAS), regentadas por una junta de notables que administraba los establecimientos por órdenes religiosas, disponiendo “servicios de pensionado” para las personas con disponibilidad a pagar y atención de beneficencia a la población indigente.

Antecedentes en la década de los años 80

La Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional creó por Ley el Sistema Nacional Único de Salud (SNUS), con el Decreto Presidencial N° 35 del 8 de Agosto de 1979, que unificó bajo la administración del Ente Rector Ministerio de Salud, basados en la estrategia de Atención Primaria de Salud aprobada en Alma Ata a todos los establecimientos prestadores de servicios de salud tanto públicos como privados, incluyendo los servicios del INSS, los cuales pasaron a ser parte del SNUS, generándose así la Segunda Reforma Sanitaria en Nicaragua. (Nicaragua, SNUS, 1979)

En este marco de cambios revolucionarios se incorporó plenamente la participación de la comunidad en las acciones de salud, el MINSA se convirtió en el prestador exclusivo de servicios de salud. Paralelamente, se impulsó un proceso de extensión de cobertura en todo el país, campañas nacionales de vacunación, de higiene y limpieza, desarrollo de las casas bases y aumento de los brigadistas de salud.

1995-2006 Modelo Atención Integral a la Mujer y Niñez.

Este modelo enfatiza en la Mujer y el Niño reforzando la concepción programática. Desarrolló instrumentos enfocados a la atención integral a la niñez y a la mujer. No se implementó en otros grupos de población, limitándose a acciones de carácter asistencial. No se logró la integralidad, se mantuvieron los programas verticales y paralelos con una insuficiente coordinación ínter programático.

Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)

A pesar del Acuerdo Ministerial No. 89-2004 en el Ministerio de Salud en el que se aprobó el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) hubo falta de voluntad política para su implementación, persistencia del enfoque asistencialista e individualizado, intra-muro y con deficiente instrumentación para su aplicación; y aunque se dieron avances parciales en los niveles locales con algunas iniciativas apoyadas con proyectos de salud. No obstante, la implementación del MAIS fue focalizado en las zonas urbanas y diseñado para entregar un paquete básico de servicios de salud, con recursos humanos concentrados en las unidades de salud sin tener contacto con la comunidad. Esta situación fue invariable hasta el 2007. (Nicaragua. MINSA., 2005)

La Política Nacional de Salud del GRUN

La Política Nacional de Salud del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional a partir del 2007 está encaminada a armonizar la actuación de las instituciones y organizaciones públicas, privadas y de cooperación externa que inciden en la salud, creando mecanismos efectivos de articulación para el desarrollo de acciones que resuelvan los problemas de salud más sentidos de la población, bajo el liderazgo y rectoría del Ministerio de Salud. (Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. MINSA, 2008)

Los lineamientos generales de la política nacional de salud están dirigidos a lograr el cambio de la situación de salud de las personas, familias, comunidad y su entorno, haciendo énfasis en la promoción y prevención, así como en el trato respetuoso y humano en los servicios de salud en condiciones de equidad, solidaridad, participación social y acceso a la atención en salud. También orientan el fortalecimiento de un nuevo modelo de atención que parte de una concepción integral y moderna de la salud pública.

La materialización de esta política permitirá crear nuevas condiciones de atención a la población con mayor eficiencia de forma tal que el impacto en el estado de salud

de los nicaragüenses contribuya al desarrollo humano y económico sostenible del país.

Por otro lado, la política de salud está encaminada a armonizar la actuación de las instituciones y organizaciones públicas, privadas y los movimientos sociales que inciden en los mecanismos efectivos de articulación, por medio de las Redes Integradas en Salud, complementariedad para el desarrollo de acciones que resuelvan los problemas de salud más sentidos de la población, bajo el liderazgo y rectoría indiscutible del MINSA.

En este contexto, la Política Nacional de Salud del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional señala los siguientes lineamientos:

1. Lograr que las personas no se enfermen, un pueblo sano es feliz.
2. Atención en salud con cariño y de calidad, y otorgamiento de medicinas gratuitas.
3. Disminución de las listas de espera quirúrgica y lista de espera para consulta externa especializada.
4. Llevar los servicios de salud a las poblaciones pobres o en extrema pobreza, así como las que tienen mayores dificultades de acceso.
5. Implementación de la Regionalización de la salud en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe.
6. Rescate de la medicina popular y tradicional, y otras formas de medicina no occidental.
7. Gobernabilidad ciudadana y participación activa y consciente de la ciudadanía en el que hacer del sector salud.
8. Desarrollo integral de los Recursos Humanos del Sector Salud.
9. Alineamiento, armonización y apropiación de la cooperación externa en el sector salud.

Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) del GRUN

En Nicaragua, a partir del 2007 con el Gobierno Sandinista se instaura el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), definido como el instrumento sanitario que recoge la visión política y económica del Estado dentro del campo del sector salud, constituyéndose en la forma de organización de las acciones intra e intersectorial, así como su implementación equitativa y eficiente en un espacio geográfico-poblacional determinado, pero variable de acuerdo a los elementos que lo caracterizan. (MINSA. Modelo de Salud Familiar y Comunitario, 2008)

El Modelo, se enfoca en la atención a las personas, familias y comunidades como un proceso continuo, en el que se privilegian las acciones interrelacionadas de promoción, protección de salud, recuperación y rehabilitación cuando la población o las personas se enferman o sufren discapacidades, todo ello con un enfoque preventivo amplio y con intervenciones dirigidas a mejorar la salud y el bienestar de las personas, la familia y la comunidad sin descuidar el medio ambiente que los rodea.

Familia: Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo en forma habitual, con vínculo de parentesco o sin él que comparten presupuesto común y cocinan para el conjunto. Existen diferentes tipos de familia: nuclear, extendida y mixta. En Nicaragua el promedio de miembros por familia es de 5 personas y rige para el nivel nacional.

Comunidad: Del latín común-unidad. Es la interacción social viva y dinámica, integrada por el conjunto de familias interactuando unas con otras en un espacio concreto. Se desarrolla en el escenario político, económico y social. También se desarrolla en un medio ambiente o entorno: flora, fauna, agua, clima, composición química, microambiente (vivienda). Forma parte intrínseca de la realidad de las personas y la familia. Es la dimensión privilegiada para la interacción y la integración de las personas y de las familias y por tanto en él se debe de actuar con acciones de promoción y prevención.

Sectorización: Es la delimitación del espacio-población, donde se agrupan comunidades, barrios o zonas entre 600 a 1,000 familias, equivalente a 3,000 a 5,000 habitantes, según sea el caso rural o urbano y que se denomina Sector; en él se desarrollarán acciones de promoción y prevención por la red de agentes comunitarios y estará articulado a la red de servicios de salud la que en su nivel primario contará con el Equipo de Salud Familiar.

Sector: Se entiende como una Unidad Territorial epidemiológica, social y de producción de la salud donde se desarrollan acciones de promoción y prevención en coordinación con la red de agentes comunitarios. Facilita la organización para la acción, las jornadas de análisis y reflexión (JAR) y control de las actividades que se desarrollarán en el Sector en estrecha coordinación con la red de agentes comunitarios y el Equipo de Salud Familiar y Comunitario.

Sede de Sectores: Se refiere a los espacios donde se prestan los servicios, dentro y fuera de los establecimientos de salud, organizando modalidades de entrega, tales como brigadas médicas móviles y controles de focos.

Población asignada al Sector: Es el número de familias y personas asignadas a un espacio población en las áreas urbanas y rurales.

Mapa de Sector: Es una representación gráfica convencional sobre un plano de los fenómenos geográficos y geológicos de un territorio el cual será elaborado por el personal más calificado, donde se ubicará la población, las viviendas, los recursos y riesgos de la comunidad.

Croquis del Sector: Es una representación gráfica aproximada del Sector, es un dibujo donde se identifican fácilmente las viviendas, instituciones públicas, privadas, pulperías, iglesias, red comunitaria, fuentes de agua, vías de acceso, caminos, cementerios, campos deportivos, centros deportivos, centros productivos y otros puntos relevantes a considerar. (MINSA. Modelo de Salud Familiar y Comunitario, 2008)

Niveles de Atención: Son formas organizativas de los servicios de salud que se entregan a la población y se basan en la complejidad de la tecnología que poseen,

lo que les dota de capacidad para la resolución de los problemas de salud. Ej: Primer Nivel (Hospital Primario, Centro y Puestos de Salud Familiar y Comunitario).

Responsabilidad del Equipo de Salud Familiar: Se refiere al compromiso del Equipo de Atención sobre la salud de los pacientes y/o población asignada, para asegurar la continuidad de la atención.

Calidad en Salud: Consiste en brindar cuidados oportunos de reconocida efectividad que se ajustan a los estándares establecidos, a costos razonablemente compatibles con las capacidades del país, adecuados a la idiosincrasia cultural de la población y que además dejan un alto grado de satisfacción en los pacientes y familiares que utilizan los servicios de salud.

Participación Ciudadana: Proceso de involucramiento de actores sociales en forma individual o colectiva con la finalidad de incidir y participar en la toma de decisiones, gestión y diseño de políticas públicas en los diferentes niveles y modalidades de la administración del país, con el fin de lograr un desarrollo humano sostenible en corresponsabilidad con el Estado.

Intersectorialidad: Es el conjunto de relaciones que se establecen con otras instituciones fuera del Sector Salud con el fin de articular y complementar acciones para lograr el abordaje con soluciones integrales a los problemas de salud de la población.

Promoción de la salud: Es el proceso de acción social y educativa que procura estimular la conciencia pública sobre el valor de la salud, promueve el desarrollo de estilos de vida saludables y fomenta la participación organizada de la comunidad.

Prevención en salud: es un conjunto de intervenciones generales y específicas que ejecutan las instituciones y organizaciones de salud, las que están dirigidas a reducir los riesgos y evitar los daños en salud, así como disminuir las secuelas de discapacidad o sus complicaciones.

Continuidad de la Atención: Es el seguimiento que se hace a un problema de salud del individuo el cual no requiere una relación estrecha Médico – paciente. Puede ser de dos o más visitas, involucra la presencia de algunos mecanismos para

asegurar la sucesión ininterrumpida de eventos de atención de salud. (Nicaragua MINSA, 2008.)

Componentes del MOSAFC:

1. Provisión

Conjunto de prestaciones de salud

Sectorización

Organización de la prestación de los servicios

Desarrollo de la red de servicios

Organización de la red de servicios

Normas y protocolos para el manejo clínico de los pacientes

2. Gestión

Planificación local

Organización

Gestión económica

Sistema de Garantía de Calidad

Gestión de atención al usuario

Desarrollo del talento humano

Participación Social

Sistema de Información Integrado

3. Financiamiento

Fuentes de Financiamiento

Mecanismos de asignación

Otras consideraciones políticas

Este Modelo cuenta con el Firme Compromiso y Voluntad Política del GRUN para su implementación.

- Es un Modelo que garantiza la Gratuidad y el Acceso universal a los servicios de salud.

“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario,
SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”

- Modelo de atención en función de las necesidades de la población con énfasis en la Promoción y Prevención.
- Modelo que trasciende la atención a la persona, su enfoque es familiar y comunitario que incluye el ambiente.
- Un modelo que desarrolla la Participación Ciudadana. Cuenta con el Equipo de Salud Familiar y Comunitario que garantiza la atención de salud integral.
- El MOSAFC Significa un cambio en la forma de atender a la población. Supera la atención intramuros por la atención extramuros.
- Trasciende la atención al individuo, privilegiando a la familia y comunidad sin descuidar el ambiente. Pasa de la atención al daño a acciones de promoción, prevención de la salud.
- Destaca la atención integral según el ciclo de vida, con la participación de Promotores comunitarios.
- Promueve la auditoría y Control Social a través de los Gabinetes de la Familia, Comunidad y Vida. Desarrolla las Redes de atención integrada.

Enfoca la atención a las familias y comunidad como un proceso continuo, con momentos interrelacionados de promoción y protección de su salud, recuperación y rehabilitación cuando la población o la persona enferman o sufren discapacidades, todo ello con un enfoque preventivo amplio.

Prioriza la promoción de la salud en relación con las acciones curativas, la atención ambulatoria en relación a la atención hospitalaria. La Responsabilidad compartida versus la responsabilidad Institucional. Las acciones comunitarias en

salud versus las acciones individuales para mejorar su estado de salud. Desarrolla el Protagonismo Ciudadano. (Nicaragua MINSA, 2008.)

Su Objetivo es mejorar las condiciones de salud de la población, generando actividades oportunas, eficaces, de calidad y con calidez, capaces de producir cambios personales, familiares y comunales, con énfasis en la prevención y la promoción de la salud. Satisfacer las necesidades de servicios de salud de la población. Proteger de epidemias a la población. Mejorar la calidad de los servicios, respondiendo a las expectativas de la población en recibir servicios de salud de calidad, con calidez humana. Fortalecer la articulación entre los diferentes integrantes del sector salud, así como la coordinación interinstitucional e intersectorial.

Sus principales características son:

Integralidad. La persona como un ser perteneciente a una familia y a una comunidad que vive en un entorno determinado. Solución de los problemas de salud con actividades de: promoción, prevención curación y rehabilitación.

Longitudinalidad. Las personas pertenecientes a una población identifican como suya a una red de servicios, su establecimiento inmediato de atención y personal encargado de proveerle servicios asegura la continuidad de la atención.

Coordinación. Organiza sus unidades de salud en redes integradas de salud para garantizar la atención continua de la población que requiere de servicios desde los más sencillos hasta los de mayor complejidad en los Hospitales de referencia nacional y departamental, hospital Primario, Centro de Salud, Puesto de Salud Familiar y Comunitario, Casas Base, Red Comunitaria compuesta por los Gabinete de la Familia, Comunidad y Vida.

Implementación en la Comunidad. Sectorizando el territorio en conglomerados de 600 a 1,000 familias (3,000 habitantes en el área rural y 5,000 habitantes en el área urbana), se desarrolla el Modelo de Participación Ciudadana en Salud con el liderazgo efectivo de los miembros de los Gabinetes de la Familia, Comunidad y

Vida, la Promotoría Social de la Juventud Sandinista, Brigadistas Populares de Salud, Parteras, Colaboradores Voluntarios, entre otros, a quienes deben capacitarse y organizarse con el apoyo de los ESAFC.

Ya en el Sector con los ESAFC se levanta la Historia de Salud Familiar en el domicilio de la gente, con el apoyo de la red comunitaria organizada. Se brinda atención dispensarizada a la familia en su domicilio por el personal de salud según sus problemas y riesgos del grupo dispensarial.

También se elabora el diagnóstico comunitario con la participación activa de la comunidad organizada y con el liderazgo de los Concejos de la familia, y se formula e implementa el Plan de Salud para el desarrollo local.

Para la evaluación del MOSAFC se realiza la Jornada de Análisis y Balance, Asambleas comunitarias como mecanismo de rendición de cuentas de la institución frente a la comunidad.

El equipo de salud familiar y comunitario (ESAFC)

El equipo está conformado idealmente por un médico, una enfermera y una auxiliar de enfermería con apoyo de la red comunitaria local y brinda un conjunto de prestaciones de servicios de salud dirigidos a las personas, familias y comunidad de un sector determinado. Se pretende que cada ESAFC atienda un sector.

Sus principales Funciones.

Garantiza la organización del sector. Coordina con las diferentes instancias de participación ciudadana. Facilita y acompaña la elaboración del plan de Salud del Sector. Dispensarizar a las familias, elabora y da seguimiento el censo de programas emblemáticos (PAMOR, TCV, Embarazadas, Crónicos, seguimiento CACU, entre otros). Realiza visitas domiciliarias según grupo dispensarial. Fortalece la vigilancia comunitaria y Contra Referencias comunitaria. Realiza informe de avances del Plan de Salud Local. Participa en actividades que convoque la

municipalidad para evaluación de la calidad de los servicios. Facilita mecanismos de control social. Facilita el desarrollo de competencias de los miembros de la red comunitaria.

Qué es la dispensarización del MOSAFC?

Es un método de observación permanente y dinámica a individuos, familias y comunidad con el objetivo de controlar riesgos y daños a la salud individual y colectiva. Es el proceso organizado, continuo y dinámico de evaluación e intervención planificada, con un enfoque clínico - epidemiológico y social del estado de salud de individuos, familias y otros grupos sociales.

Instrumento de apoyo a la dispensarización Historia de Salud Familiar que contiene:

Datos Generales: SILAIS, comunidad, Sector, No de vivienda.

Datos de identidad de la familia: Nombre y Apellidos de cada miembro, Fechas de Nacimiento, Etnia, Escolaridad, Profesión, Ocupación, Factores de Riesgo o Enfermedades y Grupo Dispensarial.

Características Higiénico Sanitarias: Fecha, Hacinamiento, Animales Domésticos y otros tipos de riesgos.

Factores Socioeconómicos: Características Estructurales de la Vivienda, Cultura Sanitaria, Características Psicosociales, Satisfacción de Necesidades Básicas.

Funcionamiento familiar: Tamaño, Etapas del Ciclo Vital, disfuncionalidad, etc.

Grupos Dispensariales

GRUPO I: Personas relativamente sanas (Aquellas que no tiene riesgo daño a la salud), donde su intervención es la promoción de estilos de vida saludable y Educación para la salud.

GRUPO II: Personas con factores de Riesgo (Aquellas que están expuestas a condiciones que no der controladas aumentan la vulnerabilidad de sufrir daño a la salud) su intervención es la modificación de hábitos y conducta y educación para la salud.

GRUPO III: Personas Enfermas (Aquellas con diagnósticos de enfermedad no trasmisible o trasmisible a larga evolución, su Atención es Curativa

GRUPO IV: Personas con discapacidades su atención es la Rehabilitación y Reinserción social.

Elaboración del Plan de atención familiar. Según el grupo dispensarial la atención médica integral inicial y de seguimiento es la principal función del ESAFC: Se evalúa las necesidades y problemas de salud y se interviene de forma planificada. Combinando los esfuerzos de los recursos del MINSA con los Gabinetes de la Familia, Comunidad y Vida, brigadistas de salud, parteras y colaboradores voluntarios. Organizando y ejecutando con los Gabinetes de la Familia, Comunidad y Vida acciones de Prevención y Promoción. Ejecutando acciones de control del medio ambiente.

Cómo se organiza la atención a las personas, familia y comunidad en la Unidad de Salud?

Organizando los consultorios de atención integral a las personas. Definiendo criterios para la atención priorizada de las personas, reduciendo las listas de espera. Organizando espacios para la atención preclínica. Organizando los equipos de salud familiar y de apoyo definiendo criterios de articulación. Implementando la cita con horario escalonado. Ampliando los horarios de atención de centros de salud. Organizando las redes integradas de servicios de salud para la atención integral y continúa. Fortaleciendo los equipos de salud familiar y su articulación con los hospitales.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

El presente estudio es de tipo descriptivo con enfoque cuali - cuantitativo de corte transversal (evaluando el período del 2007 – 2015).

Áreas de estudio:

Es el SILAIS Río San Juan.

Universo y Muestra:

Los 127,225 habitantes en los 6 Municipios del SILAIS Río San Juan.

La unidad de análisis:

El MOSAFC

Operacionalización de variables para cada objetivo específico.

Objetivo 1: Características socioeconómicas.

Tamaño de la población, distribución urbano-rural, sexo, edad y grupo étnico, índice de analfabetismo, actividad productiva, religión.

Objetivo 2: Sectorización del MOSAFC.

- Número de recursos humanos existentes según perfil profesional.
- Número de Sectores urbanos y rurales.
- Número de recursos humanos asignados por MOSAFC.

Objetivo 3: Dispensarización

- Número y clasificación de familias Dispensarizadas por Sector de los años 2007, 2011 y 2015.
- Participación del poder ciudadano y de los secretarios políticos del territorio.

“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario,
SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”

- Fecha de inicio de la Dispensarización.
- Uso de la HSF en los Sectores y Municipios.

Objetivo 4: organización de la red comunitaria y del protagonismo ciudadano.

- Número de miembros de la red comunitaria por Sectores,
- Cantidad promedio de participantes por actividad,
- Número de asambleas comunitarias por Sectores realizadas de forma mensual.

Objetivo 5: Equipos de dirección departamental y municipal

- Apropiación del Modelo por parte de los equipos de dirección de SILAIS y Municipal.
- Resistencia al cambio de los equipos.
- Apoyo y acompañamiento del MINSA Central durante el proceso de implementación del MOSACF.
- inestabilidad y rotación de los directores municipales que han incidido en la Dispensarización.

Instrumentos de recolección de información

Esta investigación utilizó dos fuentes de información: Primaria y Secundaria con sus respectivos instrumentos de recolección de información.

El instrumento 1, Guía de preguntas para los Directores Municipales. Está constituido por un total de 6 preguntas abiertas sobre: (Ver anexo 1)

- Características sociodemográficas de la población del SILAIS. Una pregunta que incluye 7 variables).
- Procesos de Sectorización. Que incluyen 3 variables. Además de 9 incisos en forma de preguntas sobre sectorización.
- Procesos de Dispensarización que incluyen 4 variables.
- Organización Comunitaria que incluyen 3 variables

“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario,
SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”

- Papel de los equipos de dirección. Incluye 4 variables. Además de 3 incisos en forma de preguntas sobre dificultades presentadas en los equipos de dirección.
- Recomendaciones para fortalecer el Modelo.

El instrumento 2, Guía de preguntas para el equipo del Dirección del SILAIS. Está constituido por un total de 6 preguntas abiertas sobre: (Ver anexo 2)

- Características sociodemográficas de la población del SILAIS. Una pregunta que incluye 7 variables).
- Procesos de Sectorización. Que incluyen 3 variables. Además de 9 incisos en forma de preguntas sobre sectorización.
- Procesos de Dispensarización que incluyen 4 variables.
- Organización Comunitaria que incluyen 3 variables
- Papel de los equipos de dirección. Incluye 4 variables. Además de 3 incisos en forma de preguntas sobre dificultades presentadas en los equipos de dirección.
- Recomendaciones para fortalecer el Modelo.

El instrumento 3. Guía de actividades para el taller de formulación del Plan de Acción Integral para fortalecer el MOSAFC con el Equipo de Dirección de SILAIS y Municipal. (Ver Anexo 3.)

- Áreas de intervención a nivel municipal
- Definir los Objetivos de Intervención
- Proponer Líneas Estratégicas
- Enunciar las Líneas de Acción
- Determinar los Indicadores
- Cuantificar las Metas comprometidas
- Establecer el período de ejecución
- Asignar responsables de las Acciones

El instrumento 4. Matriz que se realizó para formular el Plan de acción Integral. (Ver Anexo 4).

- Objetivo de intervención, línea estratégica, acción, indicador, meta, período, responsable.

El instrumento 5. Propuesta del plan de acción integral para fortalecer el MOSAFC con el equipo de dirección de SILAIS y Municipal. (Ver Anexo 5).

Plan de recolección de datos

- Recolección datos sobre la red de servicios de salud existente por medio de la consulta en la base de datos que tiene el SILAIS.
- Se realizó entrevistas individuales a los Directores Municipales y Equipo de Dirección del SILAIS, utilizando el instrumento preparado. (Ver Anexo 1 y 2).

Procesamiento de la información

- Se realizó un informe final a nivel del SILAIS con las preguntas aplicadas al equipo de dirección mediante un análisis de la información procesada que contiene los resultados generales de la investigación en base a los objetivos específicos.
- Se elaboró un resumen por cada municipio con las respuestas a las preguntas aplicadas a los miembros de los equipos de dirección de los municipios, según los objetivos específicos.

VIII. RESULTADOS DEL ESTUDIO

Resumen del SILAIS Río San Juan

Este departamento de Río San Juan, está ubicado a 300 kilómetros de la capital. También hay comunicación vía aérea. Río San Juan es uno de los departamentos más pobres del país, ocupando el tercer lugar en cuanto a brecha de pobreza extrema se refiere, Su extensión territorial es de 7,506.95 Km², con una Densidad poblacional: 16.5 hab / Km². 6 municipios con 25,445 familias de las cuales el 73% son de área rural, 1,196 barrios, 299 comunidades.

Según el INIDE la población del departamento en el año 2015 era de 127,225 habitantes, distribuida así: Según el sexo hay hombres 64,885 (51%) y mujeres 62,340 (49%). (Ver anexo 6, tabla 1 y gráfico 1).

Cuanta con una población Urbana: 33,738 (27%), Rural: 93,487 (73%), con un índice de analfabetismo del 3.2, su principal actividad económica es la ganadería y la agricultura, La religión predominante es la Católica, seguida de la Evangélica, teniéndola presencia de otras sectas religiosas.

En el 2007 se inició la capacitación de los Recursos Humanos, con la primera tarea de sectorizar el territorio teniendo en cuenta un número específico de población (Área Urbana: 1,000 familias por Sector, equivalentes a 4,500 a 5,000 habitantes, Área Rural: 600 familias por sector, equivalentes a 2,500 y 3,000 habitantes), con ello se aseguraba la accesibilidad a las unidades de salud, considerando el desplazamiento de la población por factores económicos y socioculturales, quedando en el 2007 eran 42 Sectores.

Para el 2010 a nivel nacional se introduce el programa emblemático “Todos con Voz”, dirigido a la atención en el hogar de los pacientes con discapacidad, el cual viene a reforzar el Modelo, quedando establecida una Norma de atención en el hogar a estos pacientes por parte de los ESAFC (2 visitas anuales a los No Crítico y 4 a los pacientes Críticos).

**“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario,
SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”**

Para el 2011 el gobierno sandinista implementa otro programa emblemático “Amor para los más chiquita@s” dirigido a mejorar los conocimientos sobre la buena crianza de los hijos y la atención en el hogar a los niños con riesgo de desnutrición y retardo en el desarrollo psicomotor.

En el 2011 crecimos a 53 Sectores con el objetivo de ampliar la cobertura de salud a la población. No obstante, en este proceso se detectó una limitante relacionada con la conformación de los Sectores ya que se considera que estos aún son insuficientes o que tienen asignados grandes grupos poblacionales que superan lo que establecen los manuales del MOSAFC.

A finales del 2014 e inicio del 2015, producto del desarrollo de carreteras, nuevos caminos de acceso construidos por las alcaldías del poder ciudadano, y bajo la orientación de acercar más los servicios de salud a la población. Ante estas circunstancias y con nuevos lineamientos se realiza otro análisis del territorio con la participación de los líderes locales para mejorar la Sectorización, ampliándose de 53 a 72 Sectores, de los cuales 49 están completos con sus ESAFC y 23 incompletos. Quedando de la siguiente manera la sectorización.

En el 2007 eran 42 Sectores, en el 2011 crecimos a 53 Sectores y en 2015 se organizaron 72 Sectores, de ellos 9 urbanos y 63 rurales, (Ver anexo 6, Tabla 2 y 3, grafico 2 y 3, anexo 7).

El SILAIS cuenta con la siguiente Red de Servicios de salud, 7 Centros de Salud Familiar y comunitario, 42 Puestos de Salud, 11 casa base, 11 casa de brigadistas, 1 sin establecimiento sin sede, que corresponde a la comunidad de la Ñoca Municipio de Castillo, para un total de 72. (Ver anexo 6, Tabla 4, grafico 4).

Los recursos humanos existentes en el año 2015 eran 76 médicos, 75 enfermeras, 88 Auxiliares para un total de 239 trabajadores de la Salud en los ESAFC.

El 65% de los recursos humanos son Administrativos 434 trabajadores y solo el 35% está de cara a la atención de salud. (Ver anexo 6, Tabla 5, grafico 5).

**“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario,
SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”**

Con esta nueva Sectorización se ha mejorado el acceso a la salud a la población, es importante destacar que en Río San Juan al igual que en el resto de Nicaragua, el MOSAFC refuerza la promoción y educación en salud, las acciones curativas, la atención ambulatoria y hospitalaria, las acciones comunitarias en salud he individuales.

Para los lugares más distantes y de difícil acceso se organiza y moviliza la brigada del Movimiento Médico, Enfermeras y Técnicos Sandinistas, igualmente realiza extensión de coberturas a través de ferias de salud en las especialidades de Medicina Interna, pediatría, ortopedia, entre otras.

El Trabajo de los ESAFC actualmente va más allá de la atención, con el protagonismo de la comunidad organizada ya que desarrollan acciones de mejoras en el estilo de vida, promoción y prevención de enfermedades epidémicas como el dengue, chikungunya, zika y malaria.

Las principales razones organizativas y de recursos que han limitado la implementación operativa de la Sectorización del MOSAFC ha sido la falta de recursos humanos, actualmente la brecha es de 23 Sectores que al menos tiene 1 o 2 recursos, y que se está gestionando para disminuir esta brecha.

Al igual en el Julio del 2007 en el SILAIS se inicia la Dispensarización a través del llenado de la Ficha de la Historia de Salud Familiar lo que se finaliza en el 2009, Con 42 Sectores, en esa ocasión se dispensarizaron 14,750 familias. Para el 2011 crecimos a 53 Sectores con 18,547 familias dispensarizadas. En 2015 se organizan 72 Sectores con 24,137 familias dispensarizadas, (Ver anexo 6, Tabla 6, grafico 6).

Grupo Dispensarial I: 7,535

Grupo Dispensarial II: 5,022

Grupo Dispensarial III: 7,553

Grupo Dispensarial IV: 4,027

Las familias dispensarizadas se clasificaron en los grupos Dispensariales. (Ver anexo 6, Tabla 7, gráfico 7).

**“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario,
SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”**

Del 95% (24,137) familias que han sido Dispensarizadas, el 31% (7,553) están clasificadas en el grupo dispensarial III por que padecen alguna patología que deben ser atendidas periódicamente 2 veces al año como lo establece la Norma, para evitar complicaciones en su salud y evitar muertes.

El 17% (4,047 familias) está en el grupo dispensarial IV ya que tienen problemas de salud que ameritan Rehabilitación o reinserción social, A estas familias se deben visitar 4 veces al año.

A nivel de SILAIS la Historia de Salud Familiar han servido en los Sectores para que el ESAFC tenga un primer contacto la familia, clasificar a las familias en los diferentes grupos dispensariales, realizar un análisis de situación de salud del sector identificando los grupos de riesgo y dar seguimiento a las visitas de seguimiento a las familias del Sector y realizar los planes comunitarios que den repuesta a los principales problemas detectados.

La organización de la red comunitaria y del protagonismo ciudadano en los Sectores del MOSAFC, en el SILAIS Río San Juan contamos con 1,116 voluntarios en salud entre ellos Brigadistas, parteras, COLVOL, Agentes de medicina tradicional, Miembros de los GFCV. (Ver anexo 6, Tabla 8, anexo 7 gráfico 8).

En todos los Sectores se han realizado asambleas con la red para mantener la motivación, en este periodo se han realizado 501 con un promedio de participación 134 participantes como departamento.

Otro aspecto importante que se destaca con la implementación del Modelo en el SILAIS Río San Juan son los cambios significativos que se reflejan en los indicadores de salud, comparando el año 2006 con el 2015, siendo un avance muy importantes en la salud de la población. (Ver anexo 6, Tabla 9).

Con respecto a las principales enfermedades que padecen los habitantes de Río San Juan, se puede apreciar que son propias de los países en vías de desarrollo, como las causas infecciosas aunque ya empiezan a aparecer patologías crónicas no transmisibles. (Ver anexo 6, Tabla 10).

**“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario,
SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”**

En relación a las causas por las cuales fallecen los habitantes de Río San Juan se destacan las cardio-cerebro vasculares, aunque persisten las causas infecciosas, lo cual es reflejo de la transición epidemiológica. (Ver anexo 6, Tabla 11).

En los casos de pacientes graves o complicados estos se refieren al Hospital Departamental. Los medios diagnósticos con los que cuenta la RED de Servicios de salud de Río San Juan son los siguientes: Laboratorio clínico, Ultrasonografía, Rayos X, Colposcopia, Papanicolaou e IVAA, Colonoscopia y Electrocardiograma.

En el 2015 el Hospital Departamental “Luís Felipe Moncada”, ubicado en la cabecera Departamental, tenía un índice ocupacional de 103,4% con 75 camas censables, con un promedio de estancia en días por paciente de 4.1 días/pacientes, con un intervalo de sustitución de -0.13 días, esto significa que no tarda ni medio día la cama desocupada, lo cual provoca problemas de la desafección parcial y terminal de la cama, teniendo un promedio de giro cama de 62.8 pacientes rotando por la misma cama.

En el Departamento no existen clínicas privadas, solamente pequeños consultorios médicos atendidos en su mayoría (90%) por los mismos especialistas que laboran para el Ministerio de Salud.

Con respecto a las causas de la inestabilidad o rotación de los directores municipales, se considera que la principal es debido a que los médicos directores son jóvenes y que luego buscan entrar a estudiar la especialidad y optan por dejar el cargo. Por otro lado, son recursos con poca experiencia administrativa lo que dificulta los procesos de implementación, monitoreo y seguimiento.

Sobre el nivel de apropiación que tiene el equipo de dirección de SILAIS sobre el MOSAFC, es que los miembros del equipo conocen los objetivos del modelo, de manera que son partícipes del monitoreo realizado hacia los municipios, tienen claro la finalidad de modelo y son capaces de orientar, recomendar tareas en los municipios ante hallazgos que obstaculicen los procesos de consolidación del Modelo.

En los últimos años las capacitaciones están en la agenda de los consejos técnicos nacionales, departamentales y municipales. La valoración del SILAIS sobre la implementación del MOSAFC es que estamos en proceso de consolidación y madurez en base a los objetivos logrados.

Las limitantes que el SILAIS ha tenido en la implementación del MOSAFC son las brechas de recursos humanos en algunos Sectores, provocando que los procesos sean más lentos.

Algunas Sedes de Sectores no tienen las mínimas condiciones que la población espera para sentirse bien atendido y con privacidad. La población en este SILAIS aprueba el funcionamiento de las Casas Bases.

En relación a la valoración del SILAIS sobre el apoyo y acompañamiento del MINSA Central durante la implementación del MOSAFC, reconocen que este ha sido oportuno, particularmente con la Sectorización que ha sido en conjunto y en consenso.

Cada Sector cuenta con el Croquis de sus comunidades, el que actualizan constantemente. Por su parte los municipios cuentan con su Mapa actualizado de los Sectores.

Las principales recomendaciones para fortalecer la implementación del MOSAFC son:

1. Reforzar los Sectores con más personal, se debe valorar bien si el hecho de tener solo 3 recursos por ESAFC es apropiado cuando la mayoría de las acciones extramuros que se deben realizar, y también porque existen muchos procesos administrativos que llevar que se vuelven complejo para tres personas, sobre todo si son Sectores de mayor densidad poblacional.
2. Se debería plasmar como Norma la actualización del 100% de las Fichas Familiares a inicio del año, pero no más allá de un periodo de 2 meses para

“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario,
SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”

la actualización global, de manera que se tenga un diagnóstico comunitario para emprender planes de acción en base a problemas identificados.

3. Mejoramiento de las Casas bases existentes ya que a nivel de SILAIS las que tenemos en su mayoría todas presentan problemas de privacidad, sobre todos para realizar procedimientos como toma de pap, revisiones ginecológicas y las embarazadas.

Resumen del Municipio de San Carlos

El Municipio de San Carlos en 1949 forma parte del territorio del departamento de Río San Juan y en 1984 se legaliza como un municipio y como cabecera departamental. Su extensión territorial es de 1,462 km². Está situado a 300 Km de distancia de la capital Managua.

Según el INIDE la población en el Municipio de San Carlos en el año 2015 era de 50,988 habitantes. Distribuida según sexo hay Hombres 26,004 (51%) y Mujeres 24,984 (49%). (Ver anexo 6, Tabla 12).

El índice de analfabetismo en la zona rural es de un 3.6%, a religión predominante es la Católica, seguido de la Evangélica teniéndola presencia de otras sectas religiosas. Su principal actividad económica es ganadería, agricultura, pesca artesanal y comercio informal.

La implementación del MOSAFC y el municipio arrancamos en Abril 2007. En nuestro municipio en el 2007 iniciamos con 17 Sectores, 3 urbano y 14 rurales todos con sede en unidades de salud tanto puestos como Centros de Salud, en el 2011 los Sectores se incrementaron a 19, en el 2015 los Sectores se incrementaron a 26, 3 urbanos y 23 rurales.

Como director Municipal he estado en 4 capacitaciones del MOSAFC tanto a nivel municipal, departamental y nacional.

Tenemos 26 Sectores de ellos 19 completos y 7 incompletos, por falta de 2 Médicos y 4 Enfermeras respectivamente.

En el Municipio de los 26 Sectores: 18 funcionan en Puesto de Salud, 2 en Centro de Salud, 4 en Casas Bases y 2 en casa de brigadistas.

En el Municipio existen 2 sede Sectores en Centro de Salud, el problema principal es la obtención de un local o vivienda que cumpla con los criterios de privacidad para el paciente.

En nuestro Municipio la principal razón que ha limitado la operatividad del Sector en el MOSAFC es la falta de algunos recursos humanos y materiales. Humanos: Nos faltan recursos Médicos y de enfermería, hay un buen número de personas que asiste al Centro de Salud por diversas razones y debemos dar respuesta a esta demanda con calidad.

Materiales: Nos hace falta contar con edificios (Casas Bases) en 3 Sectores ya que, aunque con toda disposición los brigadistas brindan su casa para la atención entendemos que se hace difícil brindar atención de calidad sobre todo a las mujeres que demandan atención en planificación familiar, PAP y otras afecciones que requieren privacidad.

El problema principal en la implementación del MOSAFC es la falta de apropiación del modelo por parte del equipo de dirección municipal ya que esto conlleva a cumplir tareas de forma mecánica. Creamos resistencia al cambio por qué no lo consideramos como el mejor modelo de salud para las familias, pretendiendo ser nosotros como trabajadores los protagonistas del modelo y no las familias.

Con relación a las dificultades que se han presentado para que los ESAFC aun permanezcan en los Centros de Salud, se ha hecho ensayos de atención en vivienda particulares, sin embargo, los pacientes prefieren ir al Centro de Salud alegando que no existe privacidad y que al final lo terminan refiriendo al Centro para la realización de exámenes.

Durante el 2007 en el municipio se dispensarizaron 4,334 familias, en el 2011 ha 9,310 familias y en el 2015 ha 9,928 familias, ya que se actualizaron las fichas familiares. La clasificación de las familias es la siguiente: Grupo Dispensarial I: 3,428, Grupo Dispensarial II: 1,468, Grupo Dispensarial III: 3,148, Grupo Dispensarial IV: 1,884.

La Historias de Salud Familiar han servido en los Sectores, en primer lugar, para tener un primer contacto del equipo con cada familia del Sector, ha servido para clasificar a las familias en los diferentes grupos dispensariales y dar seguimiento a las visitas del Sector.

En el Municipio contamos con 418 voluntarios en salud entre ellos Brigadistas, parteras, COLVOL, Agentes de medicina tradicional, Miembros de los GFCV. (Ver anexo 6, Tabla 13).

En todos los Sectores se han realizado asambleas con la red para mantener la motivación, en este periodo se han realizado 139 con un promedio de 11 participantes.

Cada Sector cuenta con croquis de sus comunidades y mapa actualizado de los Sectores con los datos necesarios de cada uno.

Con respecto a las limitantes que existen en las casas bases donde actualmente funcionan los Sectores en su Municipio, no percibimos ninguna. Las casas bases son bien aceptadas por la población.

Por parte del acompañamiento no hemos tenido problemas ya que el SILAIS y el MINSA Central nos han brindado el debido acompañamiento.

Las principales recomendaciones para fortalecer la implementación del MOSAFC son:

- 1- Se deben completar los Sectores con el personal necesario, valorar bien si el hecho de solo 3 recursos por ESAFC es apropiado cuando la mayoría de las acciones son extramuros, y también existen muchos procesos administrativos que llevar que se vuelve complejo para tres recursos.
- 2- Mejoramiento de las Casas bases existente ya que en su mayoría presentan problemas de privacidad.

Resumen del municipio El Castillo

Según el INIDE la población el municipio El Castillo era de 33.326 habitantes. Distribución según sexo hay Hombres 16,996 (51%) y mujeres 16,330 (49%). (Ver anexo 6. Tabla 14).

Distribuida así casco urbano 7,331 (22%) en el en áreas rurales 25,995 (78%) habitantes. El índice de analfabetismo es del 2%. La religión predominante es la Evangélica, teniéndola presencia de otras sectas religiosas. Su actividad productiva es la ganadería, producción de leche y la agricultura con los cultivos de maíz, palma africana, arroz, frijoles y raicilla.

En el Castillo inicia la implementación del MOSAFC en el año 2007. En el año 2007 y 2011 tenía 5 Sectores del MOSAFC respectivamente y en el año 2015 se incrementaron a 15, de estos 1 es urbano 14 rurales, de ellos hay 8 Sectores con sus ESAFC completos y 7 incompletos, hay 1 Sector que funciona en el Centro de Salud, 7 en Casas Base y 7 en Puestos de Salud.

El Sector que funciona en el Centro de Salud Familiar es debido a que no se cuenta con suficiente personal ni la infraestructura para descentralizar el personal existente, ya que al hacerlo no cubriríamos la demanda de atención de la población. Tampoco contamos con Casas Base en las comunidades.

En relación a las capacitaciones sobre el MOSAFC en dos ocasiones los recursos permanentes la han recibido. Los recursos transitorios se capacitan en la modalidad de Educación Continua.

Las principales dificultades que han tenido los equipos de dirección municipal en el proceso de implementación del MOSAFC: Poca apropiación del Modelo por parte de los miembros del equipo de dirección municipal.

El equipo de dirección municipal ha participado dos veces en el proceso de la sectorización en su municipio.

**“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario,
SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”**

En los años 2007 se dispensarizaron 3,259 familias, en el 2011 fueron 2,749 y en el 2015 6,046.

Adicionalmente el ESAFC no ha tenido suficientes Historia de Salud Familiar (HSF) impresas, lo que limitó realizar la Dispensarización a todas las familias, aunque el uso y procesamiento de los datos de la HSF les ha servido para la toma de decisión local, ESAFC incompletos, falta de equipos (estetoscopios y tensiómetros, termómetros)

El uso de las Fichas de Salud Familiar en los Sectores ha servido para llevar un registro de las familias visitadas, desde su primer contacto hasta el seguimiento, además para tener un censo de las distintas patologías que tenemos en el municipio, control de embarazadas, pacientes en edad fértil que planifican, pacientes Todos con Voz.

En Nuestro Municipio contamos con 195 Voluntarios en salud entre ellos Brigadistas, parteras, COLVOL, Agentes de medicina tradicional, Miembros de los GFCV. (Ver anexo 6. Tabla 15).

Se realizan asambleas (Jornadas de Análisis y Reflexión) con los integrantes de la red comunitaria donde se evalúan los logros y dificultades que se presentan en el desempeño del trabajo en la comunidad, las asambleas se realizan con una periodicidad cada 2 meses en cada comunidad donde se cuenta con la asistencia de líderes naturales de las comunidades y miembros de los ESAFC, promediando una asistencia de 6 a 8 personas en las comunidades pequeñas, y 12 en las comunidades de mayor población.

Este municipio cuenta con su mapa y croquis de la Sectorización actualizado.

Las principales limitantes que existen en las Casas Base donde actualmente funcionan los Sectores en el municipio son: falta de equipamiento necesario para garantizar la privacidad del paciente, y falta de energía eléctrica en las Casas Base rurales.

Las principales recomendaciones para fortalecer la implementación del MOSAFC son:

1. Asignación de recursos para completar los ESAFC (Médicos y Enfermería) para que cubran cada Sector del municipio.
2. Capacitación a los recursos sobre el correcto llenado y adecuado manejo de las Fichas de Salud Familiar y comunitaria.
3. Sensibilización de los recursos sobre la apropiación y la importancia del modelo MOSAFC.
4. Mejoramiento de las Casas bases existentes ya que en su mayoría presentan problemas de privacidad.

Resumen del municipio San Miguelito

El municipio de San Miguelito cuenta con una extensión territorial de 924 Km², con una densidad de población 19hab/Km².

Según el INIDE la población el municipio de San Miguelito en al año 2015 era de 18,639 habitantes. La distribución por Sexo es: Masculino: 9,213 (49%) y Femenina 9,426 (51%) y (Ver anexo 6. Tabla 16).

La distribución de la población urbana es de 3,353 (18%) y rural es de 15,286 (82%) habitantes, el índice de analfabetismo es del 1.2%, la actividad productiva del municipio es la ganadería en primer lugar seguido de la Pesca artesanal. La religión predominante es la Católica, teniéndola presencia de otras sectas religiosas.

El problema principal que ha tenido el equipo de dirección municipal en el proceso de implementación del MOSAFC, es la actitud de algunos trabajadores que se resisten al cambio en la implementación del MOSAFC, la falta de apropiación del Modelo por parte del equipo de dirección municipal, sin embargo, consideramos que se viene avanzando y llegando al entendimiento, en este sentido FETSALUD a estado de la mano con nosotros para que los procesos de cambio sean a como el Modelo lo establece.

Con respecto al acompañamiento no hemos tenido problemas ya que el SILAIS y el MINSA Central nos han brindado el debido acompañamiento.

La Implementación del MOSAFC en nuestro municipio se inicia en el mes de abril del año 2007. Para todo el personal de salud se han dado capacitaciones sobre el MOSAFC anual desde el 2007 a la fecha.

Como Director municipal siempre he participado, ya que soy la persona que organiza y garantiza la participación de cada responsable de Sector y se nombra a un médico para que tenga la responsabilidad y de seguimiento a la Sectorización.

**“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario,
SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”**

Como municipio en el 2007 había seis Sectores, a partir del 2014 el municipio contaba con siete Sectores distribuidos así: 1 en el Centro de Salud Familiar y 6 en Puestos de Salud Familiar, en el 2015 se anexa un Sector más, funcionando en una Casa Base, para totalizar ocho Sectores del MOSAFC. De estos hay 1 urbano y 7 rurales.

De los 8 Sectores existentes tenemos 6 Sectores que están con ESAFC completos y 2 Sectores incompleto, ya que no cuenta con personal médico y enfermera.

El Centro de Salud Familiar ubicado en la cabecera municipal funciona como Sector con la particularidad de que los médicos y el personal de enfermería tienen asignado los Sectores urbanos, y comunidades rurales para la atención en las visitas a las familias.

Las dificultades que se han presentado para que los ESAFC aun permanezcan en los Centros de Salud es la falta de inmueble y por la satisfacción de los pacientes, para recibir la atención de los programas en un solo edificio, así como el retiro de sus medicamentos, realización de exámenes, principalmente embarazadas, nin@s y pacientes crónicos y Todos con Voz.

Las familias dispensarizadas en el año 2007 fueron 2,300 familias, en el 2011 se dispensarizaron 2,840 familias y en el 2015 se dispensarizaron 3,564 familias.

El personal de salud fue debidamente capacitado en la Dispensarización, aunque el personal de salud presenta resistencia al cambio y puesta en práctica del MOSAFC. El SILAIS nos ha apoyado en las capacitaciones del MOSAFC.

Las Historias de Salud Familiar actualizan sus datos en cada visita a la familia de cada comunidad y Sector, pero tenemos dificultades con el procesamiento de estas para obtener información para la toma de decisión local.

La organización de la red comunitaria que fortalece el protagonismo ciudadano en los Sectores del MOSAFC, en el municipio está constituida por 216 Voluntarios en salud entre ellos Brigadistas, parteras, Colaboradores Voluntarios (COLVOL), Agentes de medicina tradicional, Miembros de los GFCV. (Ver anexo 6. Tabla 17).

Cumpliendo con nuestro plan de trabajo político trimestral se están realizando asambleas mensuales por Sectores de salud para abordar diferentes temas de prevención como: primeros auxilios, accidentes, quemaduras, entre otros con una participación de 18 a 25 participantes por Sector cada mes.

Cada Sector del MOSAFC cuenta con el respectivo Croquis y Mapa debidamente actualizado con sus comunidades.

La limitante de la Casa Base en que funciona el Sector en el área rural, es propiedad del brigadista de dicha comunidad, este espacio solo está forrado con madera y no presta las condiciones necesarias para la atención a las familias.

Las principales recomendaciones para fortalecer la implementación del MOSAFC son:

1. Refrescamiento dos veces al año, sobre la dispensarización a la familia en las comunidades, por la inclusión de los recursos en Servicio Social.
2. Mejoramiento de las Casas bases existentes ya que en su mayoría presentan problemas de privacidad.
3. Completar Equipamiento (Glucómetro, Tensiómetro, Estetoscopios, pesas, Tallímetros, Termómetros, Camillas, Etc), para una mejor atención a la familia.

Resumen del municipio El Almendro

El Municipio de El Almendro fue creado por ley legislativa del 4 de Julio de 1,974, el poblado fue fundado en el año 1892. Su extensión territorial es de 1,006 km², Densidad Poblacional: 14.5 hab/km². De distancia a Managua 282 Km. Está ubicado a 282 Km de Managua y a 93 Km de la cabecera Departamental San Carlos.

Según el INIDE en el año 2015 el municipio de El Almendro cuenta con una Población de 14,655, según el sexo Masculino 7,474 (51%) y Femenino 7,181 (49%). (Ver anexo 6, Tabla18).

Con una población, urbana 4,907 (33%), Rural: 9,748 (67%), su activa productiva es la crianza de ganado vacuno y de ovejas; ganado lechero, seguido del en el cultivo de granos básicos, la tasa de analfabetismo es del 4%. La religión predominante es la Católica, teniéndola presencia de otras sectas religiosas.

En nuestro Municipio la principal razón que ha limitado la operatividad del Sector en el MOSAFC es la falta de recursos sobre todo humanos y materiales.

Humanos nos faltan recursos médicos y enfermería y en materiales: Nos hace falta contar con edificios (Casas Bases) las que tenemos no cuentan con lo suficiente para dar privacidad a los pacientes.

El problema principal en la implementación del MOSAFC es la falta de apropiación del Modelo por parte del equipo de dirección Municipal ya que esto conlleva a cumplir tareas de forma mecánica.

Con relación al acompañamiento no hemos tenido problemas ya que el SILAIS y el MINSA Central nos han brindado el debido acompañamiento.

La implementación del MOSAFC en Nicaragua inicio en el año 2007, en el SILAIS y el municipio iniciamos en Mayo 2007.

**“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario,
SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”**

Como director Municipal he estado en 8 capacitaciones del MOSAFC tanto a nivel municipal, departamental y nacional. En el municipio se han tenido 3 procesos de Sectorización en los cuales ha participado el equipo de dirección.

En el municipio en el año 2007 iniciamos con 6 Sectores (1 urbano y 5 rurales) todos con sede en unidades de salud tanto puestos como el centro de salud. En el 2011 los Sectores se incrementaron a 9 Sectores ya que se separaron el sector de El Triunfo y La Flor que eran uno solo. En el 2015 los Sectores se incrementaron a 12, creándose 3 Sectores que se atienden en las casas de brigadistas y de estos 2 Sectores son de una sola comunidad dislocándose los ESAFC para su atención.

No existe ningún sector que funcione en el centro de salud ya que este debe funcionar como un centro de referencia de los Sectores para los casos complicados que deben ser manejados por esta unidad.

De los 12 Sectores existentes en el Municipio, 1 sector urbano y 11 Sectores rurales.

En la Dispensarización por sector se logró en el año 2007 en el municipio dispensarizaron 140 familias, en el año 2011, 919 familias y en el año 2015, 2,931 familias, con la actualización de las Fichas Familiares.

Las Historias de Salud Familiar han servido en los Sectores, en primer lugar, para tener un primer contacto del equipo con cada familia del sector, también ha servido para clasificar a las familias en los diferentes grupos dispensariales, para realizar un análisis de situación de salud del sector identificando los grupos de riesgo y dar seguimiento a las visitas de las familias del sector.

La organización de la red comunitaria que ha sido determinante para fortalecer el protagonismo ciudadano en los Sectores del MOSAFC, cuenta con 120 Voluntarios en salud entre ellos Brigadistas, parteras, COLVOL, Agentes de medicina tradicional, Miembros de los GFCV. (Ver anexo 6, Tabla 19).

En el municipio se realizan asambleas por Sector con la participación entre 20 y 25 personas, para dar a conocer las actividades con buena participación de las familias.

Cada Sector cuenta con Croquis de sus comunidades y que están en constante actualización. También el municipio cuenta con un Mapa actualizado de los Sectores con los datos necesarios de cada sector.

Las principales recomendaciones para fortalecer la implementación del MOSAFC son:

- 1- Asignación de recursos para completar los ESAFC (Médicos y Enfermería) para que cubran cada Sector del municipio.
- 2- Para fortalecer la implementación del MOSAFC en los municipios debemos primeramente estar claros todos los equipos de dirección hacia donde queremos llevar el modelo de atención a las familias y posteriormente ir planteando metas de avance en el municipio, además mejorar la calidad de atención a las familias de forma personalizada.
- 3- Dar atención como sector a los miembros de los mismos en todos los aspectos como: programación, planificación, estadísticas, programas para dar sentido de pertenencia a un equipo de trabajo de cada sector y de esta forma asignar responsabilidades.

Resumen del municipio de Morrito

El Municipio de Morrito está ubicado al norte de la cabecera departamental, colinda al norte con el municipio de Acoyapa-Chontales, al sur con el municipio de San Miguelito, al este con el municipio el Almendro y al oeste con el Gran Lago de Nicaragua, Su extensión territorial es de 632 km².

Según el INIDE en el 2015, la Población del Municipio de Morrito era de 7,456 habitantes, distribuida: Masculinos 3,803 y Femenina 3,653. (Ver anexo 6, tabla 20).

Con una población de 3,203 habitantes en el casco urbano y 4,142 habitantes en el área rural. Su densidad poblacional es de 11,6 habitantes por km². El índice de analfabetismo está por debajo del 1%. Las principales actividades productivas del municipio son: la ganadería, agricultura, pesca. La religión predominante es la Católica, teniéndola presencia de otras sectas religiosas.

En cuanto al nivel de conocimiento del personal de salud, se puede hacer mención que si conocen y que se han capacitado en varias ocasiones sobre lo que es el Modelo de Salud Familiar y Comunitario. En el trabajo operativo, también se puede decir que cada responsable de Sector maneja la información correspondiente a sus familias asignadas.

En cuanto a la actitud del personal de salud ha sido muy positiva y con disposición para la aplicación operativa del Modelo; podemos mencionar que el cambio es evidente, en cuanto a la atención ya que la población está asimilando y empoderándose del Modelo de Salud y en cuanto a la participación y organización de sus territorios, así como sus dirigentes políticos que se integran en cada actividad.

En relación a las principales razones organizativas y de recursos que han limitado la implementación operativa de la Sectorización del MOSAFC se puede destacar que ha habido falta de organización gerencial administrativo, coincidencia de otras actividades en días ya establecidos para la visita a los Sectores, falta de

disponibilidad de medios de transporte para movilización de los ESAFC, pago retrasado de viáticos al personal de salud.

Cabe mencionar que no tenemos completos 5 ESAFC razón por la cual en ocasiones solo sale un recurso de enfermería al Sector, en otros casos los médicos atienden hasta dos Sectores, o tienen que llegar de otra unidad de salud para realizar la visita al Sector.

La Red de Servicios de Salud cuenta con cinco unidades de salud. Tiene nueve Sectores, según el modelo de salud familiar y comunitaria, uno es urbano y ocho son rurales.

En relación a las dificultades que ha tenido el equipo de dirección municipal en el proceso de implementación del MOSAFC es que unicamente no hemos tenido acompañamiento del nivel central, pero si el apoyo técnico del SILAIS que se ha realizado según orientaciones y metodología operativa del modelo.

El Modelo se inició a partir de Febrero del 2007, a nivel nacional con la capacitación a los SILAIS. En el SILAIS se implementó a partir del mes de Marzo 2007. En los municipios las capacitaciones se iniciaron en el mes de abril del 2007.

Sobre las capacitaciones recibidas sobre el MOSAFC, el equipo de dirección municipal afirma que han sido en reiteradas ocasiones (seis veces), sin incluir las visitas de seguimiento que se realizan mensualmente.

Sobre el número de Sectores del MOSAFC el municipio tenía 5 en el 2007 y 2011 respectivamente y 9 en el 2015.

De los 9 Sectores existentes tenemos 4 completos y 5 incompletos, de ellos 1 es urbano y 8 rurales. En el Centro de Salud Familiar funciona 1 Sector, 4 funcionan en los Puestos de Salud y 4 en las Casas Bases.

El Sector que funciona en el Centro de Salud Familiar, atiende los Sectores urbanos y semi urbanos, debido a las condiciones que este presta para la atención.

**“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario,
SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”**

La organización de la red comunitaria y del protagonismo ciudadano en los Sectores del MOSAFC, en nuestro Municipio contamos con 122 voluntarios en salud entre ellos Brigadistas, parteras, COLVOL, Agentes de medicina tradicional, Miembros de los GFCV. (Ver anexo 6, tabla 21).

En todos los Sectores se han realizado asambleas con la red para mantener la motivación, en este periodo se han realizado 19 con un promedio de 7 participantes.

Las familias dispensarizadas en el año 2007 fueron 340 familias, en el 2011 se dispensarizaron 1,432 familias y en el 2015 se dispensarizaron 1,325 familias.

Sobre el uso de las Historias de Salud Familiar en los Sectores se ha logrado actualizar el censo poblacional local, actualización de ficha de salud familiar, seguimiento y captación de pacientes Todos con Voz, organización de la comunidad, la integración de los líderes comunitarios, la realización de los diagnósticos familiares y comunitarios.

La razón principal por la que aún permanece en los Centros de Salud el Sector es debido a que no hay condiciones en los Sectores para que el personal permanezca en la comunidad. (No hay posibilidades de incrementar a más Casas Bases, los brigadistas viven en hacinamiento y las casas están en mal estado, no tienen espacio para alojar a los equipos).

En el municipio existen mapas y croquis actualizados de la Sectorización.

Las principales recomendaciones para fortalecer la implementación del MOSAFC son:

1. Completar los equipos por cada sector.
2. Construcción de casas base en cada sector.
3. No retrasar el pago del viatico del trabajador.
4. Mejorar el abastecimiento de medicamento.
5. Facilitar medios de transporte, terrestre y acuáticos.

Resumen del municipio San Juan de Nicaragua

El Municipio de San Juan de Nicaragua según la ley de División Política Administrativa publicada el 06 de Octubre de 1989, pertenece al Departamento de Río San Juan y se encuentra ubicado en el sector Sureste del Departamento. Con una extensión territorial de 1762 Km el clima predominante es de selva tropical caracterizado como húmedo, con temperaturas máximas de 32 grados centígrados y temperaturas mínimas de 22 grados centígrados la precipitación pluvial durante todo el año.

Según el INIDE en el año 2015 el municipio de San Juan De Nicaragua era de 2,161 habitantes. Distribuida según sexo en masculinos 1,145 (53%) y femeninas 1016 (47%) (Ver anexo 6. Tabla 22).

Urbana 1,501 (69%) y rural 660 (31%) habitantes, el índice de analfabetismo es 3.8%, el índice de analfabetismo es 3.8%. En el municipio se practica religión católica, evangélica, testigos de Jehová, la principal actividad económica de la población centrándose esta en la pesca de langosta.

La implementación del MOSAFC se ha sido un poco difícil ya que los integrantes de los ESAFC aún no se apropian de sus comunidades especialmente de los censos de embarazo y planificación familiar ya que los domina más la responsable del programa y no los integrantes de los ESAFC.

Se inició a implementar en el 2007 en Nicaragua, Se han recibido 2 capacitaciones sobre el MOSAFC. Hemos participado en una ocasión en la que se logró formar un nuevo Sector. Dicha actividad fue dirigida por personal de la DGSS-MINSA Central.

En el 2007 y 2011 solo se contaba con 1 ESAFC y a finales del 2015 se formó un nuevo ESAFC, actualmente contamos con 2, de los cuales el ESAFC N° 1 cuenta con área urbana y 2 comunidades rurales y el ESAFC N° 2 es meramente rural. Los 2 ESAFC están completos.

Tenemos un centro de salud familiar, 2 casas bases y una escuela en donde se brinda atención médica. Los 2 Sectores existentes brindando atención en la

**“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario,
SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”**

comunidad debido a que la unidad de salud no cuenta con suficiente personal médico para enviarlo a que se quede de manera permanente en la comunidad ya que la unidad de salud.

El municipio cuenta con 2 casas bases ubicadas en la comunidad del Jobo y Zapotal las cuales luego del paso del huracán Otto por estas comunidades dejo la construcción en malas condiciones.

También el equipo del ESAFC N° 2 no cuenta con casa base por lo que se están realizando gestiones para la construcción de una casa para darle atención médica a la población de difícil acceso.

Las familias dispensarizadas en el año 2007 solo era un sector y se dispensarizaron 203 familias en el 2011 continuamos con un sector y se dispensarizaron 320 familias y en el año 2015 ya contamos con 2 Sectores y se dispensarizaron 444 familias.

La Historias de Salud Familiar en los Sectores se realiza la clasificación de los grupos dispensariales así como la agenda para las visitas a los pacientes según la clasificación de los grupos, el croquis en donde se ubican los grupos de riesgo para un mejor dominio por el grupo del ESAFC y la comunidad.

La organización de la red comunitaria y del protagonismo ciudadano en los Sectores del MOSAFC, en nuestro Municipio contamos con 45 voluntarios en salud entre ellos Brigadistas, parteras, COLVOL, Agentes de medicina tradicional, Miembros de los GFCV. (Ver anexo 6, tabla 23).

En todos los Sectores se han realizado asambleas con la red para mantener la motivación, se brinda una asamblea comunitaria de manera mensual.

Si están los mapas actualizados con la sectorización municipal así como los nombres de los integrantes del ESAFC.

Las principales recomendaciones para fortalecer la implementación del MOSAFC son:

- 1- Crear conciencia en los trabajadores de salud para la apropiación del MOSAFC.
- 2- Capacitar a futuras generaciones para su participación en la red comunitaria y a la vez darle algún tipo de estímulos a los integrantes activos de la red comunitaria por su participación incondicional en todas las actividades que realiza el MINSA en beneficio de la comunidad.
- 3- Construcción de Casas bases las dos que teníamos el huracán Otto las dejo en malas condiciones.

IX. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En Nicaragua producto de la transformación del Sistema de Salud ha habido un avance significativo en la implementación del MOSAFC, y de manera particular en el SILAIS Río San Juan, no obstante al igual que en el resto del país se han identificado algunas limitaciones en del mismo, a nivel de los 6 municipios del departamento, entre las que se destacan las siguientes: Falta de recursos humanos en 5 de los 6 municipios, excepto San Juan de Nicaragua que cuenta con sus 2 ESAFC completos.

Igualmente, se ha identificado la falta de equipamiento básico en los 6 Municipios como Glucómetros, tensiómetros, estetoscopios, pesas, tallímetros, termómetros camillas entre otros que afectan la calidad de la atención.

Las Casas Base existentes en la mayoría de los Sectores no presentan buenas condiciones en su infraestructura, la cual no facilita la privacidad para los pacientes. En el municipio del Castillo una Casa Base no cuenta con energía eléctrica. Se considera crecer en mayor número de Casas Base.

Dos municipios refieren que hay resistencia a los cambios por parte de los recursos humanos al ser movilizados a dar atención a otros Sectores por la falta de apropiación del Modelo y de sus compromisos laborales institucionales.

Hay una queja generalizada de parte de los trabajadores del municipio de Morrito quienes refieren refiere que los pagos de sus viáticos atrasados. Igualmente enfrentan falta de medios de transporte para la movilización de los medicamentos.

Otro problema sentido es la falta de abastecimiento de medicamentos de los Sectores y la dificultad que esto provoca a los pacientes ya que deben desplazarse hasta la farmacia del centro de salud más cercano.

En el Municipio de El Castillo se refirió que enfrentaron una limitante del proceso de la Dispensarización debido a la insuficiente disponibilidad de formatos impresos de Historias de salud familiar.

**“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario,
SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”**

Con respecto al protagonismo ciudadano en el SILAIS se ha valorado que este ha sido determinante en el desarrollo de las acciones de salud, la Sectorización y la Dispensarización. Aunque también los equipos de dirección SILAIS y municipales reconocen que el gran desafío es crecer en la red comunitaria a nivel de las comunidades.

Un logro importante es que en todos los municipios se realizan con periodicidad mensual, asambleas por Sector con una buena participación, con los miembros de la red comunitaria para dar a conocer las actividades a realizar con las familias para abordar diferentes temas de prevención, primeros auxilios, prevención de accidentes, quemaduras, entre otros.

En relación al acompañamiento que el SILAIS y el MINSA Central les brindo a todos los municipios en este proceso de implementación del MOSAFC, los compañeros expusieron que no tuvieron problemas.

De los directores que están actualmente como director Municipales 3 de ellos han participado en capacitaciones del MOSAFC tanto a nivel Municipal, Departamental y Nacional el resto solo en capacitaciones municipales. El personal de salud de los ESAFC también han sido capacitados al menos una vez sobre el MOSAFC, desde el 2007 a la fecha.

X. CONCLUSIONES

- 1- El SILAIS Río San Juan, tiene una población eminentemente rural 73% (93,487 habitantes), predominando el sexo masculino 51% (64,885 hombres), con una Densidad poblacional de 16.5 hab/Km², tiene 6 municipios con 25,445 familias, distribuidas en 1,196 barrios y 299 comunidades. Su índice de analfabetismo es del 3.2%, su principal actividad económica es la ganadería y la agricultura, la religión predominante es la católica seguido de la evangélica.
- 2- La falta de personal de salud en los ESAFC y del equipamiento básico de los mismos ha limitado la implementación del MOSAFC, existen 72 Sectores de los cuales 49 están completos para un 68% y 23 Sectores incompletos para un 32%. Se debe valor si tres recursos por ESAFC son suficiente ya que la mayoría de acciones son extramuros y el trabajo de terreno requiere de medios de transporte para la movilización que se realiza a las comunidades más alejadas. Así mismos, la falta de condiciones básicas en la infraestructura de las Casas Bases donde funcionan los Sectores ha incidido negativamente en la calidad de la atención.
- 3- El 95% (24,137) familias han sido Dispensarizadas, de ellas el 31% (7,553) están clasificadas en el grupo dispensarial III y el 17% (4,047 familias) está en el grupo dispensarial IV. Los problemas de calidad en el llenado de la Historia de Salud Familiar requieren de mayor capacitación de los recursos humanos al menos dos veces al año y de monitoreo del llenado de la HSF.
- 4- El protagonismo ciudadano como agente de cambio social ha sido determinante en el desarrollo de la Sectorización y la Dispensarización en el SILAIS Río San Juan. En los 72 Sectores de los 6 municipios en algunas comunidades hay debilidad en la presencia activa de agentes comunitarios.

- 5- La falta de apropiación teórica, empoderamiento del Modelo e inestabilidad de los equipos de dirección municipal debido al cambio de directores por sus aspiraciones a estudiar una especialidad médica provoca su retiro del Municipio repercutiendo en la implementación del MOSAFC.

XI. RECOMENDACIONES

1. Gestionar el completamiento de los ESAFC, priorizando aquellos Sectores más alejados de la ciudad, así como el equipamiento básico. Continuar formando Auxiliares del MOSAFC garantizando que sean originarias de las comunidades o Sectores de los municipios que tienen necesidad. Mejorar las condiciones en la infraestructura de las Casas Bases donde funcionan actualmente los Sectores para dar privacidad y mejor atención a la población.
2. Completar el llenado del 100% de la HSF para la Dispensarización de las familias del SILAIS Río San Juan y realizar las visitas programadas a las familias que están clasificadas en el grupo dispensarial III y IV, como lo indica la Normativa.
3. Completar con uno o dos personas la Red Comunitaria en el 100% de las comunidades de los Sectores donde hacen falta y así fortalecer el protagonismo ciudadano. Continuar realizando las asambleas comunitarias para dar a conocer la organización y funcionamiento del Modelo y así mejorar las medidas de promoción y prevención.
4. Establecer mecanismos de compromiso con los recursos humanos para garantizar su estabilidad por varios años en los cargos de dirección municipal con lo cual se fortalece el MOSAFC.
5. Proponer y dar seguimiento a la ejecución del Plan de Acción para fortalecer la implementación del MOSAFC en el SILAIS Río San Juan con la participación del Equipo de Dirección del SILAIS.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- MINSa, Resolución Ministerial 07-2007. (2007). Nicaragua, Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial No07-2007.
- MINSa. Modelo de Salud Familiar y Comunitario. (2008). Nicaragua, Gobierno de Reconciliación y unidad Nacional. Ministerio de Salud.
- Nicaragua MINSa. (2008.). Modelo de Salud familiar y comunitario, Manual de Organización y Funcionamiento del Sector.
- Nicaragua, SNUS. (8 de agosto de 1979). Sistema Unico de Salud. *Decreto presidencial No 35*.
- Nicaragua. Constitución Política de la República. (2007). Constitución Política de la República. Artículo 59. 23. 7ma Edición. Obtenido de <http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ni/ni033es.pdf>
- Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. MINSa. (2008). Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. MINSa Política de Salud.
- Nicaragua. MINSa. (2005). Marco Conceptual del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). *1 Serie MAIS*.
- OMS. (1998). *Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud*.
- República de Nicaragua. (2002). Ley General de Salud. *La Gaceta Diario Oficial*.
- Ruiz A, P. P. (2011). *Avance en la implementación del Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitario. León, 2010*. Tesis para optar al título de MAster en Salud Pública.

ANEXOS

ANEXO 1:

GUIA DE PREGUNTAS PARA LOS DIRECTORES MUNICIPALES

Con el objetivo de indagar acerca de la implementación del MOSAFC en el SILAIS Río San Juan, y obtener la experiencia y buenas prácticas adquiridas en dicha implementación, se aplicara este instrumento de recolección de información con preguntas abiertas, dirigido a los Directores Municipales, que incluye a los Dirigentes de FETSALUD.

1. Describa las **características sociodemográficas** del SILAIS Río San Juan.
(Tamaño de la población, distribución urbano-rural, por sexo, edad y grupo etareo, índice de analfabetismo, Actividad productiva, religión, entre otros).
2. ¿Cuántas familias se han **dispensarizado** por Sectores existentes y clasificados según grupo dispensarizal en su Municipio en los años 2007, 2011 y 2015?
(Nivel de conocimiento del personal, actitud del personal, evolución de la atención intra y extra muro, número y clasificación de familias dispensarizadas, participación del poder ciudadano y de los secretarios políticos del territorio).
3. ¿Cuáles son las principales razones organizativas y de recursos que han limitado la implementación operativa de la **Sectorización** del MOSAFC?
(Número de recursos humanos existentes según perfil profesional por municipio, número de Sectores, número de recursos humanos asignados por ESAFC)
 - a. ¿Cuántos Sectores del MOSAFC tenía el SILAIS en los años 2007, 2011 y 2015?
 - b. ¿De los Sectores existentes en el año 2015, cuántos Sectores son urbanos y cuántos Sectores son rurales?
 - c. Cuál ha sido el uso de las Historias de Salud Familiar en los Sectores?
 - d. ¿De los Sectores existentes cuántos Sectores cuentan con ESAFC completos y cuántos con ESAFC incompletos? Explique las causas.

- e. ¿Cuántos Sectores funcionan en Centros de Salud Familiar, puestos de Salud y casas Bases de su Municipio o en otros lugares?
 - f. ¿Existen aún Sectores ubicados en el Centro de Salud Familiar, diga Porque?
 - g. ¿Qué dificultades se han presentado para que los ESAFC aun permanezcan en los Centros de Salud?
 - h. ¿Existen mapas y croquis actualizados de la sectorización, si no están actualizados, explique Porque no lo están?
 - i. ¿Mencione las limitantes que existen en las casas bases donde actualmente funcionan los Sectores en su Municipio?.
4. ¿Cuál es el nivel de **organización de la red comunitaria y del protagonismo** ciudadano en los Sectores del MOSAFC?
(Número de miembros de la red comunitaria por Sectores, cantidad promedio de participantes por actividad, número de asambleas comunitarias por Sectores realizadas de forma mensual).
5. ¿Qué dificultades han tenido los **equipos de dirección departamental** y municipal en el proceso de implementación del MOSAFC?
(Apropiación del Modelo de los equipos de dirección de SILAIS y Municipal, resistencia al cambio de los equipos, apoyo y acompañamiento del MINSA Central durante el proceso de implementación, otros problemas que enfrentaron)
- a. ¿Puede decirme la fecha en que se inició la Implementación del MOSAFC en Nicaragua y el SILAIS Río San Juan y en su municipio?
 - b. ¿Cuántas veces ha recibido capacitaciones sobre el MOSAFC?
 - c. ¿Cuántas veces han participado ustedes en el proceso de la sectorización en su Municipio. Sino ha participado diga ¿Porque?
6. ¿Qué **recomendaciones** daría para fortalecer la implementación del MOSAFC?

ANEXO 2

GUIA DE PREGUNTAS PARA EL EQUIPO DE DIRECCION DE SILAIS RIO SAN JUAN

Con el objetivo de indagar acerca de la implementación del MOSAFC en el SILAIS Río San Juan, y obtener la experiencia y buenas prácticas adquiridas en dicha implementación, se aplicara este instrumento de recolección de información con preguntas abiertas, dirigido al equipo de dirección de SILAIS y Secretario Departamental de FETSALUD.

1. Describa las **características sociodemográficas** del SILAIS Rio San Juan.
(Tamaño de la población, distribución urbano-rural, por sexo, edad y grupo etareo, índice de analfabetismo, Actividad productiva, religión, entre otros).
2. ¿Cuántas familias se han **dispensarizado** por Sectores existentes y clasificados según grupo dispenzarial en su Municipio en los años 2007, 2011 y 2015?
(Nivel de conocimiento del personal, actitud del personal, evolución de la atención intra y extra muro, número y clasificación de familias dispensarizadas, participación del poder ciudadano y de los secretarios políticos del territorio).
3. ¿Cuáles son las principales razones organizativas y de recursos que han limitado la implementación operativa de la **Sectorización** del MOSAFC?
(Número de recursos humanos existentes según perfil profesional por municipio, número de Sectores, número de recursos humanos asignados por ESAFC)
 - a. ¿Cuántos Sectores del MOSAFC tenía el SILAIS en los años 2007, 2011 y 2015?
 - b. ¿De los Sectores existentes en el año 2015, cuántos Sectores son urbanos y cuántos Sectores son rurales?
 - c. Cuál ha sido el uso de las Historias de Salud Familiar en los Sectores?
 - d. ¿De los Sectores existentes cuántos Sectores cuentan con ESAFC completos y cuántos con ESAFC incompletos? Explique las causas.

- e. ¿Cuántos Sectores funcionan en Centros de Salud Familiar, puestos de Salud y casas Bases de su Municipio o en otros lugares?
 - f. ¿Existen aún Sectores ubicados en el Centro de Salud Familiar, diga Porque?
 - g. ¿Qué dificultades se han presentado para que los ESAFC aun permanezcan en los Centros de Salud?
 - h. ¿Existen mapas y croquis actualizados de la sectorización, si no están actualizados, explique Porque no lo están?
 - i. ¿Mencione las limitantes que existen en las casas bases donde actualmente funcionan los Sectores en su Municipio?.
4. ¿Cuál es el nivel de **organización de la red comunitaria y del protagonismo** ciudadano en los Sectores del MOSAFC?
(Número de miembros de la red comunitaria por Sectores, cantidad promedio de participantes por actividad, número de asambleas comunitarias por Sectores realizadas de forma mensual).
5. ¿Qué dificultades han tenido los **equipos de dirección departamental y municipal** en el proceso de implementación del MOSAFC?
(Apropiación del Modelo de los equipos de dirección de SILAIS y Municipal, resistencia al cambio de los equipos, apoyo y acompañamiento del MINSA Central durante el proceso de implementación, otros problemas que enfrentaron)
- a. ¿Puede decirme la fecha en que se inició la Implementación del MOSAFC en Nicaragua y el SILAIS Río San Juan y en su municipio?
 - b. ¿Cuántas veces ha recibido capacitaciones sobre el MOSAFC?
 - c. ¿Cuántas veces han participado ustedes en el proceso de la sectorización en su Municipio. Sino ha participado diga ¿Porque?
6. ¿Qué **recomendaciones** daría para fortalecer la implementación del MOSAFC?

ANEXO 3

GUIA DE ACTIVIDADES PARA EL TALLER DE FORMULACION DEL PLAN DE ACCION INTEGRAL PARA FORTALECER EL MOSAFC CON EL EQUIPO DE DIRECCION DEL SILAIS Y DIRECTORES MUNICIPALES

Identificar colectivamente y por consenso lo siguiente:

1. Áreas de intervención a nivel municipal
2. Definir los Objetivos de Intervención
3. Proponer Líneas Estratégicas
4. Enunciar las Líneas de Acción
5. Determinar los Indicadores
6. Cuantificar las Metas comprometidas
7. Establecer el período de ejecución
8. Asignar responsables de las Acciones

La evaluación de este Plan se hará trimestralmente para hacer los ajustes necesarios para re-direccionar la ejecución del plan.

ANEXO 4

**Matriz Propuesta para formular el Plan de Acción Integral para
profundizar el MOSAFC en municipios del SILAIS Río San Juan**

Objetivo de Intervención:				
Línea Estratégica:				
Acción	Indicador	Meta	Período	Responsable
Línea Estratégica:				
Acción	Indicador	Meta	Período	Responsable

Fuente: creación propia del autor.

ANEXO 5

Propuesta de Plan de Acción Integral para profundizar el MOSAFC en municipios del SILAIS Río San Juan.

Objetivo de Intervención: Fortalecer la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario en el SILAIS Río San Juan en el 2017				
Línea Estratégica: Redistribuir la población por Sectores				
Acción	Indicador	Meta	Período	Responsable
Asignar 3,000 habitantes para el Sector Urbano y 1,000 habitantes para el Sector Rural	Número de Sectores reorganizados	100%	I Trimestre	Director Municipal
Línea Estratégica: Actualización de conocimientos sobre el MOSAFC a los Equipos de Salud Familiar				
Acción	Indicador	Meta	Período	Responsable
Realizar taller municipal	Número de ESAFC capacita-dos	100%	Semestral	Director Municipal
Brindar acompañamiento técnico por el SILAIS	Número de municipios acompañados	100%	Trimestral	Director SILAIS
Línea Estratégica: Dispensarización de las familias del SILAIS de Río San Juan				
Acción	Indicador	Meta	Período	Responsable
Completar la visita a las familias desde los Sectores en cada municipio	Número de Familias Dispensa-rizadas	100%	I semestre 2017	Director Municipal
Concluir la clasificación de las familias por Grupo Dispensarial	Número de Familias Clasificadas en los 4 grupos	100%	I semestre 2017	Director Municipal
Dar seguimiento a las personas de las familias del grupo dispensarial III y IV	Número de personas en seguimiento médico	90%	Mensual	Responsable del Sector
Línea Estratégica: Profundización del Protagonismo Ciudadano en las actividades de salud				
Acción	Indicador	Meta	Período	Responsable
Crecimiento de la red comunitaria desde el Sector	Número de BPS, Col. Vol, Parteras y GFCV	2 por comunidad	Semestral	Responsable del Sector

**“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario,
SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”**

Realización de asambleas comunitarias por Sector para abordar actividades de promoción, prevención y educación en salud	Número de asambleas realizadas con la red comunitaria	12 reuniones por Sector	Mensual	Responsable del Sector
Línea Estratégica: Consolidar la gestión Institucional de los Equipos de Dirección Municipal y de SILAIS.				
Acción	Indicador	Meta	Período	Responsable
Organizar pasantías de los miembros de los Equipos de Dirección Municipal en los SILAIS con mayor fortaleza en este campo	Número de miembros de los equipos de Dirección Municipal entrenados	90% de los municipios	Una vez al año	Director de SILAIS
Incorporar en la Agenda de los Consejos técnico municipal y departamental los avances del MOSAFC.	Número de Reuniones de Consejo Técnico donde se aborda el MOSAFC	95% de reuniones	Cada dos meses	Director de SILAIS
Organizar intercambios de experiencias con otros SILAIS sobre la implementación del MOSAFC	Número de intercambios realizados	90% de intercambios	Semestral	Director de SILAIS
Línea Estratégica: Monitorear y evaluar periódicamente el cumplimiento de las acciones y actividades del plan				
Acción	Indicador	Meta	Período	Responsable
Visitas del SILAIS a los municipios	Número de Visitas ejecutadas	100% de visitas	Mensual	Director de SILAIS
Evaluación municipal del Plan	Número de evaluaciones realizadas	100% evaluaciones	Trimestral	Director de SILAIS

ANEXO 6

Tabla 1. Población del SILAIS RSJ por grupos atareos y Sexo, Año 2015

Indicadores			
Especiales	SILAIS	Hombre	Mujer
Población Total	127,225	64,885	62,340
0 Año	3,431	1,750	1,681
1 Año	3,195	1,629	1,566
01-04 Años	11,925	6,082	5,843
02-04 Años	8,730	4,452	4,278
00-05 Años	18,134	9,248	8,886
01-05 Años	14,703	7,499	7,204
01-06 años	17,478	8,914	8,564
06-09 Años	11,303	5,765	5,538
05-10 Años	17,044	8,692	8,352
05-12 Años	23,201	11,833	11,368
10-14 Años	15,281	7,793	7,488
10-19 Años	30,133	15,368	14,765
00-14 Años	44,718	22,806	21,912
15 y + años	82,507	42,079	40,428
50 y + años	14,316	7,301	7,015
15 - 59 años	75,333	38,420	36,913
60 - 64 años	2,626	1,339	1,287
65 y + años	4,548	2,319	2,229

Fuente: Oficina de Estadística MINSA Central año 2015.

Tabla 2. Avances Sectorización años 2007, 2011, 2015 SILAIS Río San Juan

AÑOS	Número	Sectores
2007	42	42 Sectores
2011	53	53 Sectores
2015	72	72 Sectores

Fuente: Oficina de Estadística del SILAIS RSJ.

Tabla 3. Distribución de los Sectores Urbanos, Rurales SILIAS RSJ año 2015

MUNICIPIOS		Número de Sectores Existentes		
		Urbanos	Rurales	Totales
1	San Carlos	4	22	26
2	El Castillo	1	14	15
3	San Miguelito	1	7	8
4	El Almendro	1	11	12
5	Morrito	1	8	9
6	San Juan Nicaragua	1	1	2
RIO SAN JUAN		9	63	72

Fuente: Oficina de Estadística del SILAIS RSJ.

Tabla 4. Establecimientos del SILIAS RSJ año 2015

Ubicación Actual de las sedes de Sectores						
Establecimientos de salud			Casa base	Casa Brig.	Sin Sede	Total
Puesto de Salud	Centro de Salud	Hospital Primario				
18	2	0	2	4	0	26
7	1	0	6	0	1	15
6	1	0	1	0	0	8
7	1	0	1	3	0	12
4	1	0	0	4	0	9
0	1	0	1	0	0	2
42	7	0	11	11	1	72

Fuente: Oficina de Estadística del SILAIS RSJ.

Tabla 5. RRHH en Salud existentes por municipios el SILAIS RSJ, año 2015

Municipios	Recursos Humanos
San Carlos	136
El Castillo	55
San Miguelito	55
El Almendro	46
Morrito	42
San Juan Nicaragua	9
San Carlos Hospital	234
San Carlos SEDE SILAIS	61
San Carlos CMP	35
TOTAL	673

Fuente: Oficina de Estadística del SILAIS RSJ.

Tabla 6. Proceso de Dispensarización por años de las familias, SILAIS Río San Juan

AÑOS	Número	
2007	4,750	Familias
2011	18,547	Familias
2015	24,137	Familias

Fuente: Oficina de Estadística del SILAIS RSJ.

Tabla 7. Grupo Dispensariales por años de las familias, SILAIS Río San Juan

Grupo Dispensariales	Número	
Grupo I	7,535	Familias
Grupo II	5,022	Familias
Grupo III	7,553	Familias
Grupo IV	4,027	Familias

Fuente: Oficina de Estadística del SILAIS RSJ.

Tabla 8. Red Comunitaria por municipios en el SILAIS RSJ, 2015

Sectores	Integrantes de la red comunitaria				
	Brigadistas	Parteras	COLVOL	GFCV	Agentes de medicina tradicional
San Carlos (26 Sectores)	207	60	50	91	10
El Castillo (15 Sectores)	75	52	28	38	2
San Miguelito (8 Sectores)	62	60	46	46	2
El Almendro (12 Sectores)	30	24	20	41	5
Morrito (9 Sectores)	49	28	24	20	1
San Juan Nicaragua (2 Sectores)	9	12	6	16	2
TOTAL	432	236	174	252	22

Fuente: Oficina de Estadística del SILAIS RSJ.

Tabla 9. Logros en Salud en el SILAIS Río San Juan, 2015

Indicadores	2006	2015	Crecimiento
Consultas médicas gratuitas	167,027	532,297	219%
Recetas despachadas	608,481	1,380,020	127%
Egresos hospitalarios	3510	6945	98%
Cirugías Totales	1233	3506	184%
Exámenes de laboratorio	99,164	477,304	381%
Captación Precoz del embarazo	1625	2611	61%
Mujeres que recibieron 4 controles	1,841	2,673	45%
Partos institucionales	1,569	2,415	54%
Controles Puerperales	2166	3394	56%
Planificación Familiar	31561	60321	91%
Egresos de Casas Maternas	512	1942	279%
VPCD	31174	36377	16%
Menor de 1 año	11752	13660	17%
1 – 4 años	19422	22717	17%
Dosis de vacunas aplicadas	58036	94645	63%
Muertes Maternas	4	2	-50%
Muertes Neonatales	62	26	-58%
Casos Dengue	26	67	157%
Casos Malaria	19	0	-190%

Fuente: Oficina de Estadística del SILAIS RSJ.

Tabla 10. Las 10 principales causas de Morbilidad del año 2015

No.	CAUSAS DE MORBILIDAD
1	Rinofaringitis aguda [resfriado común]
2	Infección de vías urinarias
3	Parasitosis intestinal
4	Cefalea
5	Hipertensión esencial
6	Amigdalitis aguda
7	Tos
8	Artritis reumatoide
9	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
10	Otros síntomas y signos generales

Fuente: Oficina de Estadística del SILAIS RSJ.

Tabla 11. Las 10 principales causas de Mortalidad del año 2015

No.	CAUSAS DE MORTALIDAD
1	Infarto agudo de miocardio
2	Neumonía
3	Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido
4	Accidente vascular encefálico agudo; no especificado como hemorrágico o isquémico
5	Hemorragia intraencefálica
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores
7	Otras cirrosis del hígado
8	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
9	Diabetes mellitus no insulino dependiente; con complicaciones renales
10	Insuficiencia cardíaca congestiva

Fuente: Estadísticas del SILAIS Río San Juan.

**Tabla 12. Distribución de la población según grupos etéreos y Sexo
del Municipio San Carlos año 2015**

Indicadores Especiales	San Carlos	Hombre	Mujer
Población Total	50,988	26,004	24,984
0 Año	1,308	667	641
1 Año	1,204	614	590
01-04 Años	4,453	2,271	2,182
02-04 Años	3,249	1,657	1,592
00-05 Años	6,794	3,465	3,329
01-05 Años	5,486	2,798	2,688
06-09 Años	4,291	2,188	2,103
05-10 Años	6,477	3,303	3,174
05-12 Años	8,909	4,544	4,365
10-14 Años	6,050	3,086	2,965
10-19 Años	12,051	6,146	5,905
00-14 Años	17,135	8,739	8,396
15 y + años	33,853	17,265	16,588
15 - 59 años	30,868	15,743	15,125
60 - 64 años	1,119	571	548
65 y + años	1,866	952	914

Fuente: Oficina de Estadística, MINSA Central año 2015

Tabla 13. Red Comunitaria por Sectores del Municipio San Carlos, año 2015

Sectores	Integrantes de la red comunitaria				
	Brigadista	Parteras	COL VOL	GFCV	Agentes de medicina tradicional
S1 San Carlos	5	0	0	4	1
S2 Bello Amanecer	5	0	0	6	0
S3 30 de Mayo	6	0	0	5	0
S4 Melchorita	3	0	1	3	0
S5 Santa Isabel	6	0	1	2	0
S6 Laurel Galán	14	1	0	5	2
S7 Nueva Jerusalén	23	5	4	5	2
S8 Cruz Verde	3	3	1	3	0
S9 México	4	4	3	3	0
S10 Caracito	8	4	1	3	0
S11 Mata de Caña	3	1	1	2	0
S12 Morrillo	4	1	0	1	0
S13 Solentiname	7	1	0	5	0
S14 Papaturro	6	0	0	7	0
S15 Santa Elena	3	1	0	0	0
S16 Jumuza	1	0	0	0	0
S17 Los Chiles	13	9	4	0	2
S18 Nueva Armenia 2	19	9	10	4	0
S19 Poza Redonda 1	5	5	5	2	0
S20 La Bodega	11	4	0	2	1
S21 Guácimo	11	1	0	5	1
S22 San Ramón	14	5	8	3	0
S23 Azucenas	15	1	3	10	1
S24 Monte Piedad	1	1	0	1	0
S25 La Venada	11	3	7	5	0
S26 Esperanza	6	1	1	5	0
TOTAL	207	60	50	91	10

Fuente: Oficina de Estadística Municipio San Carlos-SILAIS RSJ.

**Tabla 14. Distribución de la población según grupos etéreos y Sexo del
Municipio El Castillo 2015**

Indicadores Especiales	El Castillo	Mujer	Hombre
Población Total	33,326	16,330	16,996
0 Año	950	466	485
1 Año	905	443	462
01-04 Años	3,448	1,690	1,758
02-04 Años	2,543	1,246	1,297
00-05 Años	5,214	2,555	2,659
01-05 Años	4,264	2,089	2,175
01-06 años	5,075	2,487	2,588
06-09 Años	3,249	1,592	1,657
05-10 Años	4,888	2,395	2,493
05-12 Años	6,559	3,214	3,345
10-14 Años	4,137	2,027	2,110
10-19 Años	8,028	3,934	4,094
00-14 Años	12,600	6,174	6,426
15 y + años	20,726	10,156	10,570
50 y + años	3,643	1,785	1,858
15 - 59 años	18,960	9,290	9,670
60 - 64 años	661	324	337
65 y + años	1,105	541	564

Fuente: Oficina de Estadística MINSA Central año 2015

Tabla 15. Red Comunitaria por Sectores del Municipio del Castillo

Sectores	Integrantes de la red comunitaria				
	Brigadista	Parteras	COLVOL	GFCV	Agentes de medicina tradicional
S1 Maravillas	4	6	2	3	1
S2 Mónico	5	6	2	2	0
S3 Romeron	6	2	1	2	0
S4 Buena Vista	5	8	2	4	1
S5 Nueva Libertad	3	9	5	5	0
S6 El Castillo	8	4	4	3	0
S7 Bijagua	1	2	0	2	0
S8 Bartola	1	1	2	2	0
S9 Che Guevara	7	0	0	3	0
S10 Sábalos	16	2	5	3	0
S11 La Noca	5	0	1	1	0
S12 La Quezada	6	8	2	1	0
S13 Santa Fe del Caracol	5	1	0	2	0
S14 Las Colinas	1	0	0	2	0
S15 Marlon Zelaya	2	3	2	3	0
Total	75	52	28	38	2

Fuente: Oficina de Estadística Municipio El Castillo-SILAIS RSJ.

Tabla 16. Distribución de la población según grupos etéreos y Sexo del Municipio San Miguelito año 2015

Población	Masculino	Femenino	TOTAL
	9213	9426	18,639
0 Año	258	269	527
1 Año	237	249	486
01-04 Años	882	917	1,799
02-04 Años	643	670	1,313
00-05 Años	1344	1398	2,742
01-05 Años	1085	1130	2,215
01-06 años	1290	1341	2,631
06-09 Años	833	866	1,699
05-10 Años	1256	1307	2,563
05-12 Años	1714	1783	3,497
10-14 Años	1132	1179	2,311
10-19 Años	2203	2293	4,496
00-14 Años	3309	3443	6,752
15 y + años	5825	6062	11,887
50 y + años	998	1039	2,037
15 - 59 años	5312	5528	10,840
60 - 64 años	180	187	367
65 y + años	334	346	680

Fuente: Oficina de Estadística MINSA Central año 2015

Tabla 17. Distribución de la Red Comunitaria por Sectores del municipio de San Miguelito año 2015

Sectores	Integrantes de la red comunitaria				
	Brigadista	Parteras	COL VOL	GFCV	Agentes de medicina tradicional
S.1 C/S Norman Aguilar	11	14	9	13	
S.2 P/S Isabel Pérez (El Tule)	13	8	8	7	1
S.3 Puesto de Salud Dorado	5	9	4	6	1
S. 4 P/S Migdonio Pérez	7	8	7	5	
S 5 de Salud El Cacao Casa Base	6	4	6	2	
S.6 P/S Never Oporta	9	9	4	4	
S. 7 P/S La Conquista N° 2	5	8	5	5	
S. 8 P/S Fajardo N° 2	6	0	3	4	
Total	62	60	46	46	2

Fuente: Oficina de Estadística Municipio San Miguelito-SILAIS RSJ.

Tabla 18. Distribución de la población según grupos etarios y Sexo del municipio El Almendro 2015

Población	Masculino	Femenino	TOTAL
	7,474	7,181	14,655
0 Año	200	194	394
1 Año	186	179	365
01-04 Años	689	662	1,351
02-04 Años	502	484	986
00-05 Años	1,048	1,008	2,056
01-05 Años	847	815	1,662
01-06 años	1,005	966	1,971
06-09 Años	641	616	1,257
05-10 Años	560	538	1,098
05-12 Años	1,319	1,268	2,587
10-14 Años	872	839	1,711
10-19 Años	1,740	1,672	3,412
00-14 Años	2,562	2,462	5,024
15 y + años	4,911	4,720	9,631
50 y + años	820	788	1,608
15-59 años	4,475	4,300	8,775
60-64 años	160	154	314
65 y + años	276	266	542

Fuente: Oficina de Estadística MINSA Central año 2015.

Tabla 19. Distribución de la Red Comunitaria por Sectores, año 2015

Sectores	Integrantes de la red comunitaria				
	Brigadista	Parteras	COLVOL	GFCV	Agentes de medicina tradicional
S1 Caracito	0	1	2	2	0
S2 Caño Blanco	1	0	1	1	0
S3 El Triunfo	2	2	2	4	0
S4 El Nisperal	3	0	2	4	0
S5 El Porvenir	2	3	1	3	0
S6 El Jardín	0	0	2	1	0
S7 Las Latas	2	2	0	3	0
S8 El Almendro	3	6	2	10	4
S9 El Zapotal	3	3	1	3	0
S10 El Jícaro	5	2	3	7	1
S11 La Flor	1	0	0	0	0
S12 La Frescura	8	5	4	3	0
TOTAL	30	24	20	41	5

Fuente: Oficina de Estadística Municipio El Almendro-SILAIS RSJ.

Tabla 20. Distribución de la población año 2015, según grupos etéreos y Sexo del Municipio Morrito.

Indicadores Especiales	Morrito	Hombre	Mujer
Población Total	7,456	3,803	3,653
0 Año	195	99	96
1 Año	176	90	86
01-04 Años	638	325	313
02-04 Años	462	236	226
00-05 Años	978	499	479
01-05 Años	783	399	384
01-06 años	928	473	455
06-09 Años	600	306	294
05-10 Años	909	464	445
05-12 Años	1,258	642	616
10-14 Años	870	444	426
10-19 Años	1,756	896	860
00-14 Años	2,448	1,248	1,200
15 y + años	5,008	2,554	2,454
50 y + años	870	444	426
15 - 59 años	4,593	2,342	2,251
60 - 64 años	143	73	70
65 y + años	272	139	133

Fuente: Oficina de Estadística MINSA Central año 2015

Tabla 21. Distribución de la Red Comunitaria por Sectores de Morrito año 2015

Sectores	Integrantes de la red comunitaria				
	Brigadistas	Parteras	COLVOL	GFCV	Agentes de medicina tradicional
Sector 1	6	0	7	3	1
Sector 2	5	3	2	1	0
Sector 3	6	3	4	3	0
Sector 4	3	1	2	1	0
Sector 5	7	5	5	4	0
Sector 6	1	1	1	0	0
Sector 7	1	1	1	3	0
Sector 8	12	8	2	1	0
Sector 9	8	6	0	4	0
TOTAL	49	28	24	20	1

Fuente: Oficina de Estadística Municipio Morrito SILAIS RSJ.

**Tabla 22. Distribución de la población según grupos etéreos y Sexo del
Municipio San Juan de Nicaragua, año 2015**

Indicadores	San Juan		
Especiales	de Nicaragua	Hombre	Mujer
Población Total	2,161	1,145	1,016
0 Año	57	30	27
1 Año	59	31	28
01-04 Años	236	125	111
02-04 Años	177	94	83
00-05 Años	350	186	165
01-05 Años	293	155	138
01-06 años	348	184	164
06-09 Años	207	110	97
05-10 Años	309	164	145
05-12 Años	391	207	184
10-14 Años	202	107	95
10-19 Años	390	207	183
00-14 Años	759	402	357
15 y + años	1,402	743	659
50 y + años	246	130	116
15 - 59 años	1,297	687	610
60 - 64 años	22	12	10
65 y + años	83	44	39

Fuente: Oficina de Estadística MINSA Central año 2015.

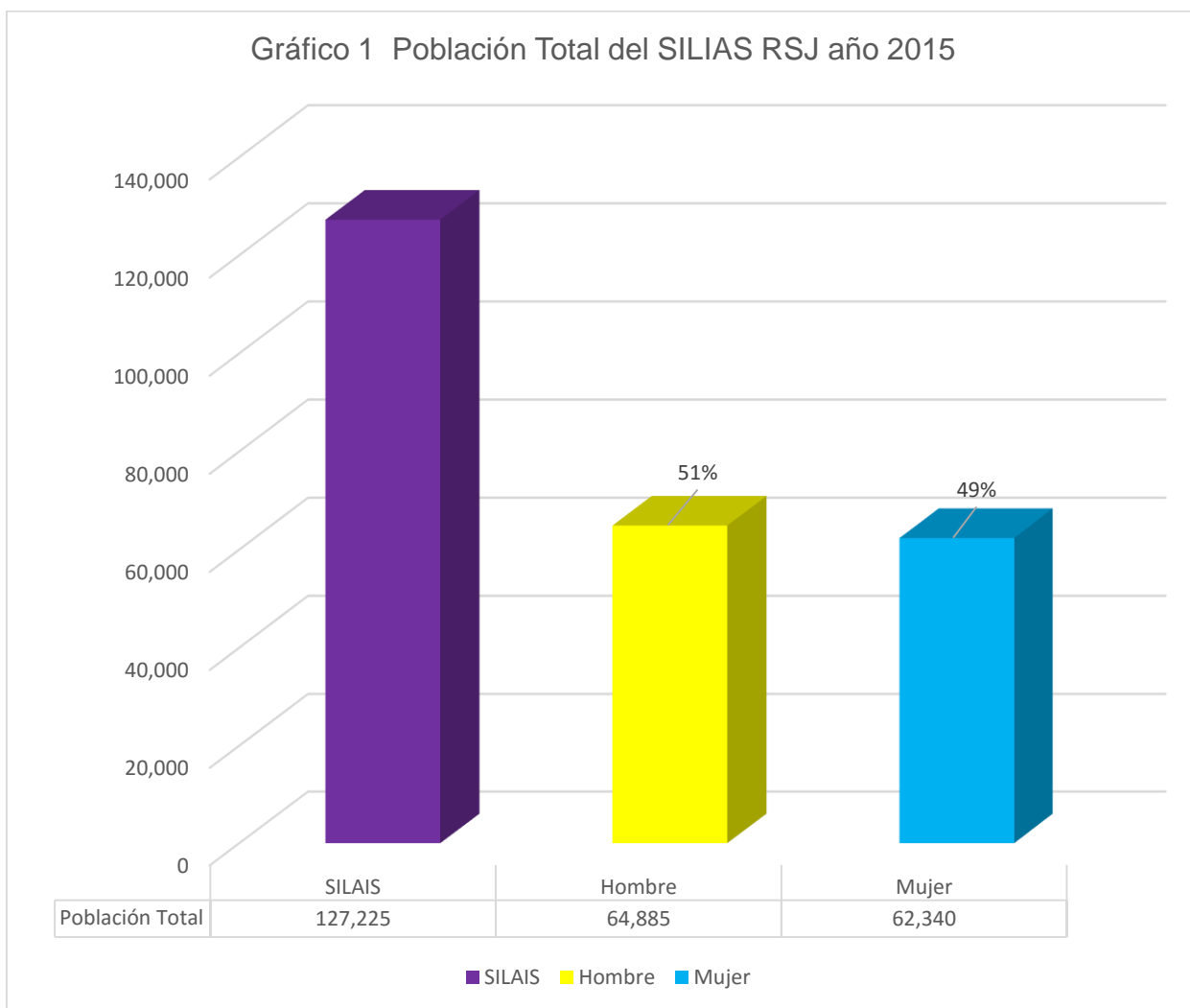
**Tabla 23. Distribución de la Red Comunitaria por Sectores. Municipio San
Juan de Nicaragua, año 2015**

Sectores	Integrantes de la red comunitaria				
	Brigadista	Parteras	COLVOL	GFCV	Agentes de medicina tradicional
Sector 1	4	8	3	11	1
Sector 2	5	4	3	5	1
Total	9	12	6	16	2

Fuente: Oficina de Estadística Municipio San Juan de Nicaragua-SILAIS RSJ.

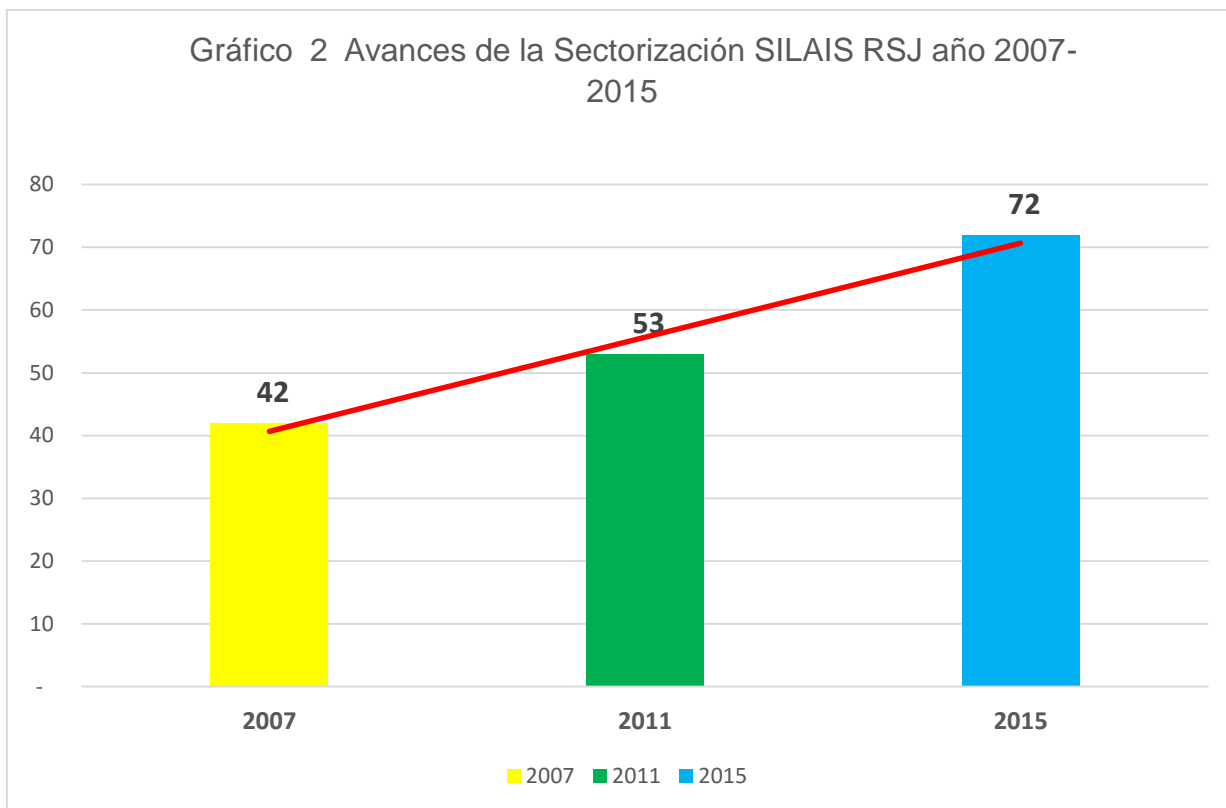
ANEXOS 7

GRÁFICOS

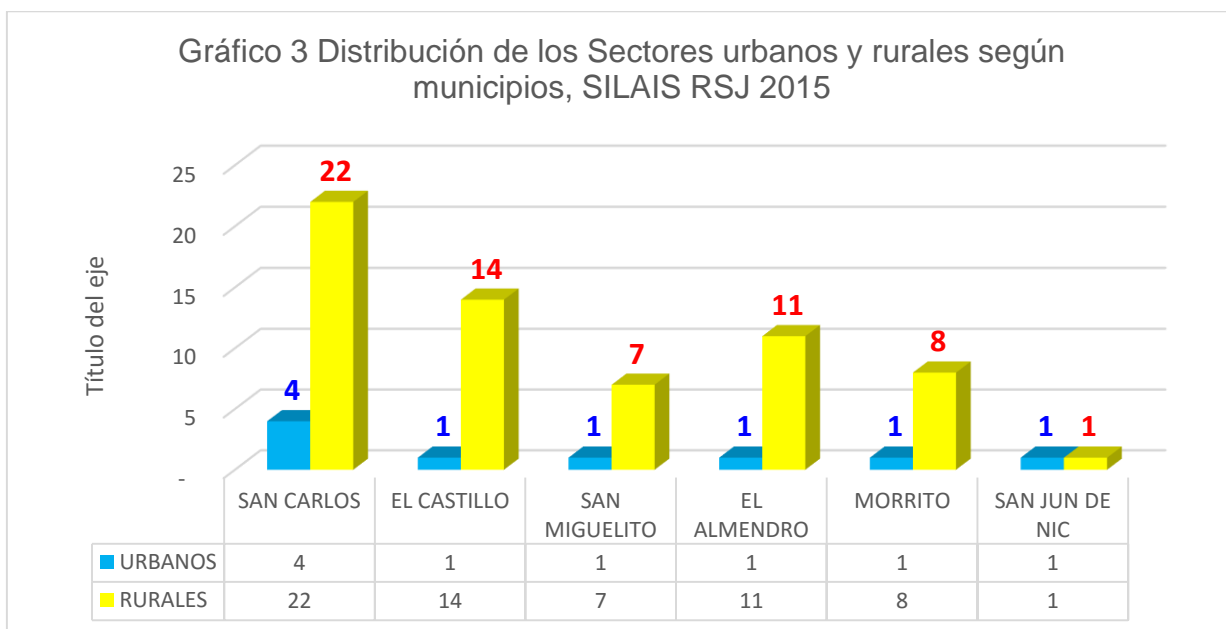


Fuente: Tabla 1

“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario,
SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”

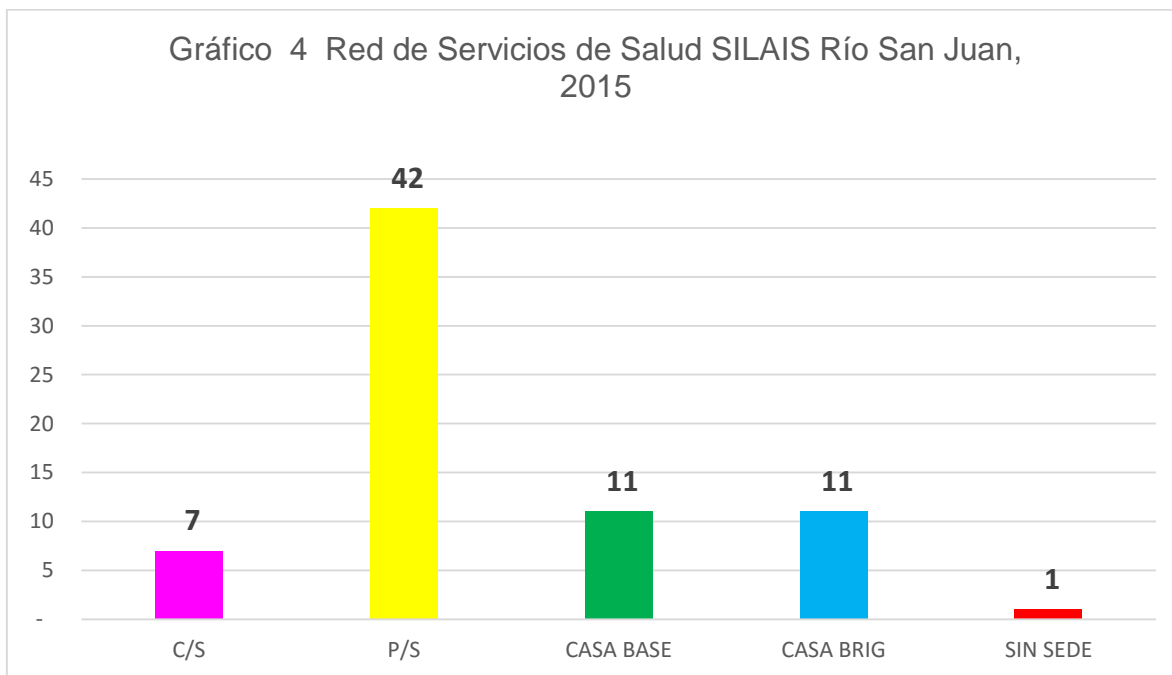


Fuente: Tabla 2

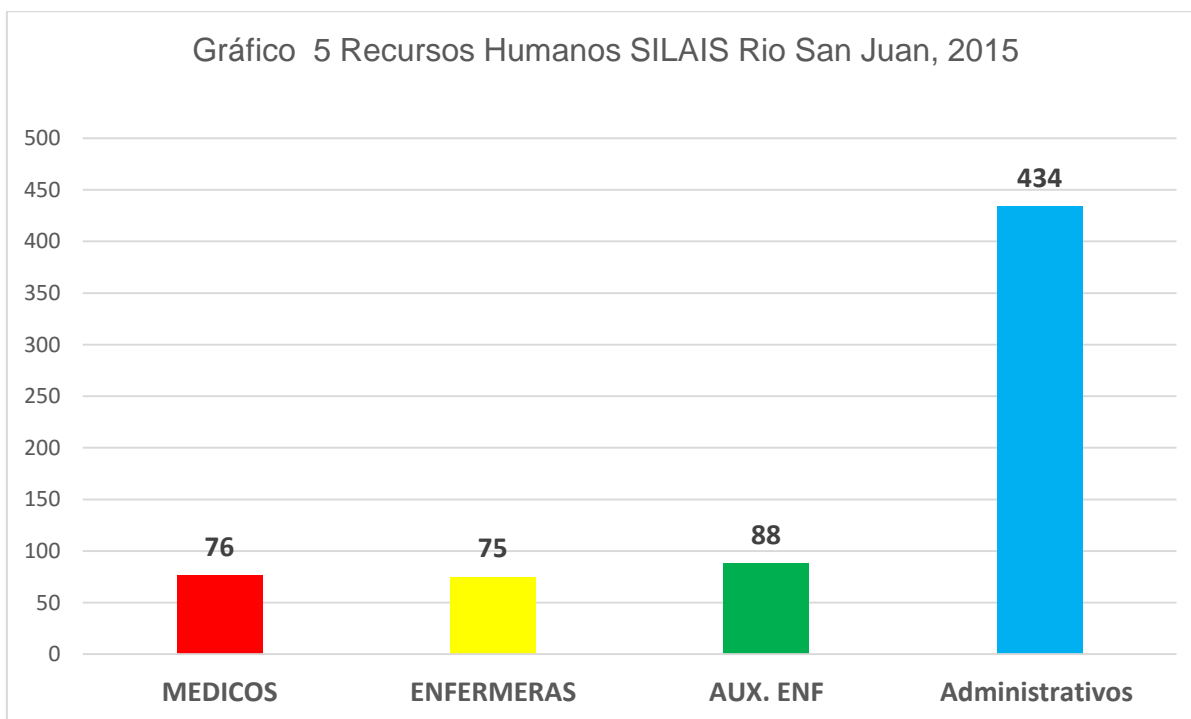


Fuente: Tabla 3

“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario,
SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”

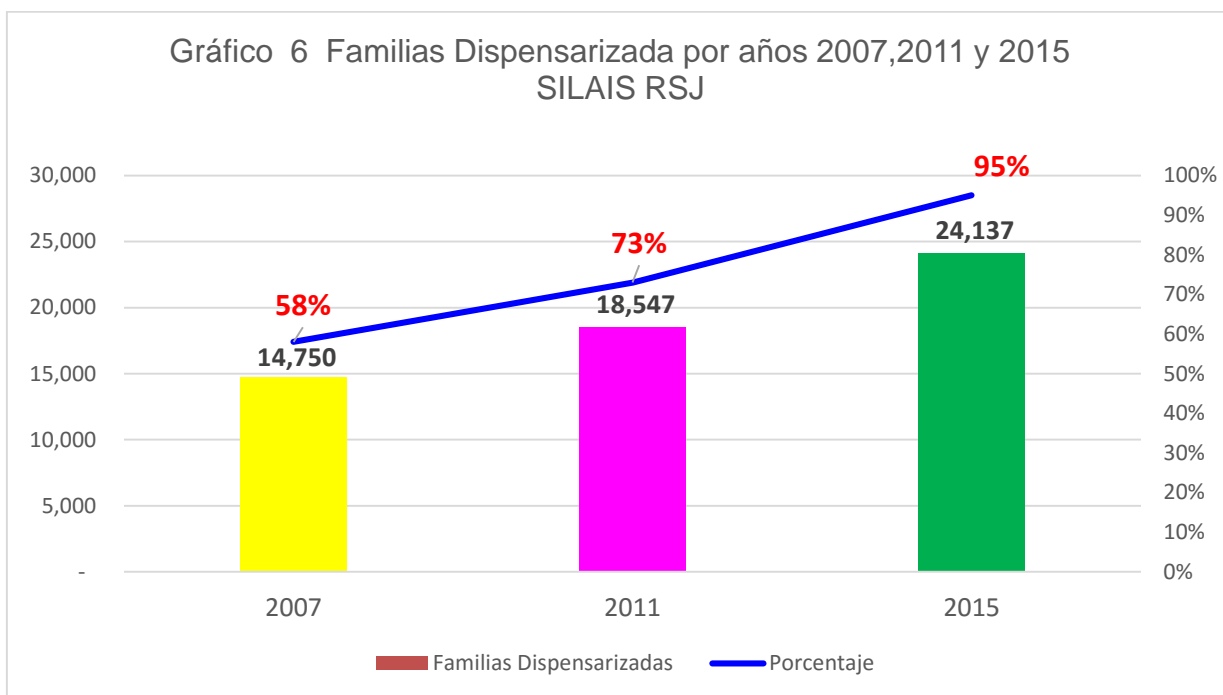


Fuente: Tabla 4

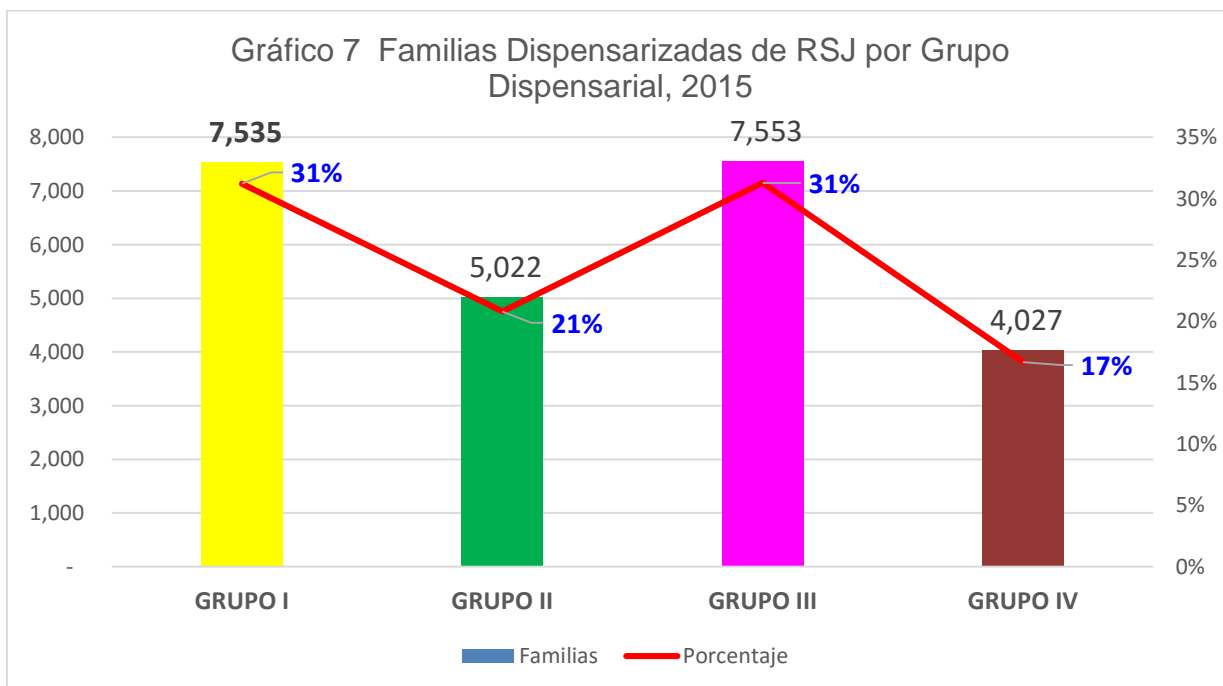


Fuente: Tabla 5

“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario,
SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”

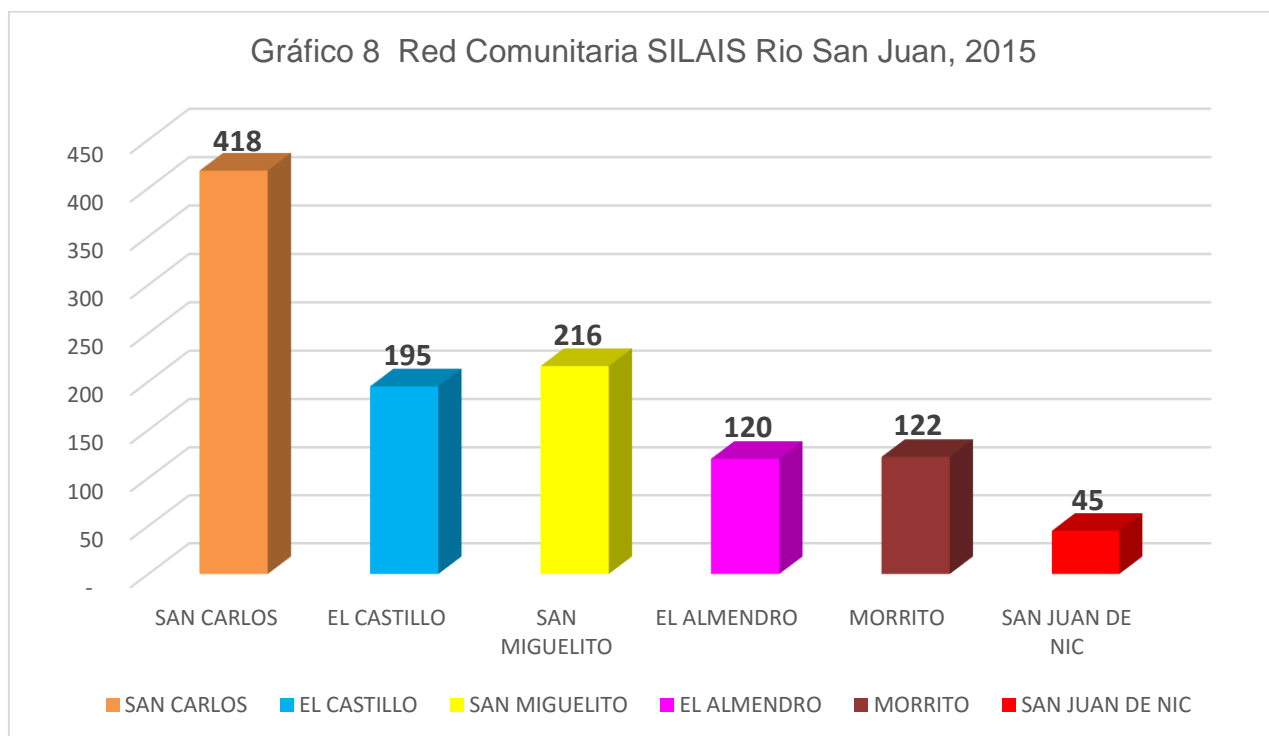


Fuente: Tabla 6



Fuente: Tabla 7

“Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario,
SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015”



Fuente: Tabla 8